

**СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО - ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ
РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ****В. И. Лим, О. Б. Алимова, Г. З. Сувонова**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Ключевые слова: гемолитическая болезнь новорожденных, симптоматика, билирубин, эритроциты.**Таянч сўзлар:** Янги туғилган чақалоқнинг гемолитик касаллиги, симптоматика, билирубин, эритроцитлар.**Keywords:** hemolytic disease of the newborn, symptoms, bilirubin, erythrocytes.

Обследовано 16 детей с гемолитической болезнью новорожденных по резус - конфликту и 14 по конфликту по АВО системе. Выявлено, что состояние при рождении у больных с гемолитической болезнью плода по резус-фактору более тяжелое по сравнению с заболеванием по АВО системе и имеют зависимость от гематологических показателей выявляемые при рождении: эритроциты, гемоглобин, гематокрит.

**ЧАҚАЛОҚЛАР ГЕМОЛИТИК КАСАЛЛИГИНИНГ ТУРЛИ ШАКЛЛАРИДАГИ КЛИНИКО –
ЛАБОРАТОР ҚИЁСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ****В. И. Лим, О. Б. Алимова, Г. З. Сувонова**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Биз гемолитик касаллиги бўлган Rh-конфликт бўйича 16 нафар ва АВО системаси конфликт бўйича 14 нафар янги туғилган чақалоқларни текширдик. Rh-конфликт бўйича гемолитик касаллиги билан оғриган ҳомилада АВО системаси бўйича касалликлари бўлган беморлар билан қиёсланганда туғилиш вақтида ахволи оғирроқ бўлиши аниқланди ва бу ҳолат туғруқ вақтида аниқланган гематологик кўрсаткичларга: эритроцитлар, гемоглобин, гематокритга боғлиқ.

**COMPARATIVE CLINIC-LABORATORY INDICES IN VARIOUS
FORMS OF HEMOLYTIC DISEASE IN NEWBORNS****V. I. Lim, O. B. Alimova, G. Z. Suvonova**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

We examined 16 children with hemolytic disease of newborns for Rh conflict and 14 for conflict with ABO system. It has been revealed that the state of birth in patients with hemolytic disease of the fetus by Rh-factor is more severe compared to the disease by ABO system and are dependent on hematological indices detected in birth: red blood cells, hemoglobin, hematocrit.

Актуальность. Одним из актуальных направлений современной неонатологии является снижение как перинатальной смертности, так и перинатальной заболеваемости. Следует отметить, что гемолитическая болезнь плода и новорожденного (ГБН) влияет на оба показателя [1, 3].

Патогенетическая сходность развития заболевания, несмотря на незначительные различия в клинических проявлениях, заболевания определяются значительной непрямой гипербилирубинемией, превышение критического уровня которого приводит к повреждению центральной нервной системы с развитием инвалидности или летальному исходу.

Во многих странах мира проблема гемолитической болезни плода и новорожденного решена ввиду организации патогенетических профилактических мероприятий. При этом в нашем регионе данный вопрос остается открытым. На современном этапе, по мнению большинства авторов, наряду с медицинским, заболевание имеет и социальное значение. В многочисленных исследованиях имеются работы по улучшению диагностических, лечебных и профилактических мероприятий ГБН [1, 2, 3].

Однако, необходимость дальнейшего изучения различных аспектов заболевания продолжают и в настоящее время. Следует отметить, что врачами клиническая картина заболеваний оценивается не полно, которая может иметь характерную картину в зависимости от этиологии.

В связи с этим **цель исследования** – выявить особенности клинической картины и лабораторных показателей при различных формах гемолитической болезни новорожденных.

Материал и методы: на базе областного детского многопрофильного медицинского центра Самаркандской области обследованы 50 новорожденных, при этом основную группу составили 30 больных с гемолитической болезнью: из них 16 детей с резус-конфликтной и 14 новорожденных – с несовместимостью по антигенам системы АВ0 и 20 детей без гемолитической болезни, которые представляли контрольную группу.

В ходе наблюдения изучались лабораторные показатели: уровни общего билирубина и его фракций, гемоглобина, количество эритроцитов и ретикулоцитов. Уровень билирубина определяли в сыворотке крови сразу после рождения и для контроля два раз в сутки до момента начала до его стойкого снижения (вычислялся почасовой прирост билирубина).

Результаты исследования показали, что средний возраст матерей больных в обеих группах был примерно одинаковым и составил в среднем $26,8 \pm 0,4$ и $27,1 \pm 0,6$ год в 1 и 2 группах. Установлено, что первобеременных женщин в 1 группе не было, 87,5% женщин в 1 группе имели 3 беременности и более, тогда как во 2 группе в основном все женщины были первобеременными (71,4%). Титры антирезусных антител при беременности имели высокие цифры и составили от 1:64 до 1:1024 в обеих группах.

Изучение акушерского анамнеза и основных осложнений беременности у матерей показало, что в сравниваемых группах до наступления настоящей беременности наблюдались самопроизвольные выкидыши (56,2% и 50% матерей соответственно). Как известно, каждая беременность приводит к увеличению титра антител у матери, соответственно возрастает и тяжесть гемолитической болезни, что ухудшает прогноз. Течение настоящей беременности у женщин сравниваемых групп в основном было благоприятное. В некоторых случаях беременность осложнялась ОРИ (18,7% и 21,4% случаев), хронической фетоплацентарной недостаточностью субкомпенсированной формы (18,7% и 14,3%), преэклампсией среднетяжелой или легкой степени (по 1 случаю в каждой группе, 6,25% и 7,4%). Обращает на себя внимание высокая частота носительства маркеров TORCH-комплекса (37,5% и 28,5% в каждой группе соответственно).

Все больные основной группы при рождении имели показатели физического развития, соответствующие сроку беременности: масса тела составила в среднем $2503,45 \pm 133,12$ г, длина $45,6 \pm 1,28$ см. В группе родившихся с несовместимостью системы АВ0 масса тела была несколько выше, но не выходила за пределы доверительных границ ($2781,32 \pm 145,18$ г, длина $45,9 \pm 0,87$ см).

Средняя оценка по шкале Апгар на 1-й минуте жизни у детей с резус-конфликтной гемолитической болезнью новорожденных составляла $5,7 \pm 0,6$ балла, на 5-й минуте — $6,9 \pm 0,5$ балла, тогда как в группе сравнения данные показатели были несколько выше и составили $6,0 \pm 0,5$ балла, и на 5-й минуте - $7,1 \pm 0,6$ балла.

Таким образом, новорожденные с резус-конфликтной гемолитической болезнью в большинстве случаев (75%) рождались в асфиксии тяжелой и среднетяжелой степени, что в 25% случаев потребовало проведения интенсивной терапии. Лишь 25% детей рождались без асфиксии. Тогда как в группе с несовместимостью по антигенам системы АВ0 состояние асфиксии тяжелой и средней степени тяжести наблюдалось в половине случаев (50%), остальные дети не имели признаков асфиксии.

Распределение больных по группам крови: у детей с резус-конфликтной гемолитической болезнью чаще встречалась А(II) группа крови - у 50% детей, затем 0(I) группа - у 37,5% детей, несколько реже В(III) группа - у 12,5%, АВ(IV) группа не встречалась. У новорожденных с несовместимостью по антигенам системы АВ0 также наиболее часто отмечалась А(II) группа крови - у 57,1% детей, затем В(III) группа - у 28,5%, АВ(IV) группа наблюдалась в 14,2% случаях.

При оценке формы и степени тяжести гемолитической болезни детей выявлено, что 43,7% детей в 1 группе и 28,5% детей во 2 группе имели тяжелое течение желтушной формы заболевания, в таком же процентом соотношении встречалось тяжелое течение анемической формы. Средняя тяжесть заболевания была диагностирована у 31,2% больных 1 груп-

пы и 35,7% детей 2 группы, легкое течение было выявлено, соответственно у 18,7% и 37,5% пациентов 1 и 2 группы.

Исходные гематологические показатели у новорожденных, свидетельствовали о том, что эти дети рождались с анемией и высокими показателями уровня билирубина, имевшие значимую разницу с нормативными показателями. Так у детей 1 группы гемоглобин крови при средне-тяжелой форме в среднем составил $157,34 \pm 14,78$ г/л, при тяжелой - $143,2 \pm 5,8$ г/л, на 3-и сутки $120,0 \pm 11,4$ и $107,0 \pm 3,4$ г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме $-3,9 \pm 0,12 \cdot 10^{12}$ при тяжелой форме $-3,1 \pm 0,35 \cdot 10^{12}$ и на 3 сутки $-2,9 \pm 0,15 \cdot 10^{12}$ и $2,7 \pm 0,16 \cdot 10^{12}$ соответственно.

У детей в группе с несовместимостью по антигенам системы АВ0 состояние красного ростка крови было несколько лучше. Так гемоглобин крови при средне-тяжелой форме во 2 группе в среднем был на уровне $161,12 \pm 11,66$ г/л, при тяжелой - $148,5 \pm 8,4$ г/л, на 3-и сутки $132,4 \pm 10,2$ и $119,6 \pm 6,8$ г/л соответственно. Эритроциты при рождении у больных составили при средне-тяжелой форме $-4,9 \pm 0,15 \cdot 10^{12}$ при тяжелой форме $-4,2 \pm 0,47 \cdot 10^{12}$ и на 3 сутки $-4,0 \pm 0,52 \cdot 10^{12}$ и $3,4 \pm 0,29 \cdot 10^{12}$ соответственно. При этом ретикулоцитоз (более 40%) был выявлен при среднетяжелой и тяжелой форме гемолитической болезни новорожденных как при резус-несовместимости, так и при несовместимости по антигенам системы АВ0. Важнейшим симптомом, характеризующим гемолитическую болезнь новорожденных, является гипербилирубинемия, которая выявляется в различные сроки в зависимости от причины гемолитической болезни новорожденных. Существует прямая зависимость течения гемолитической болезни от уровня резус-антител и групп крови матери и новорожденного. При резус-конфликтной гемолитической болезни у 50% больных отмечено раннее её появление, в первые 6 часов жизни, что было чаще, чем при АВ0-гемолитической болезни (28,5%). При АВ0-гемолитической болезни у 50% наблюдаемых желтуха выявлялась в конце первых суток жизни.

При анализе уровня билирубина в сравниваемых группах выявлено, что в группе с резус-конфликтной гемолитической болезнью общий билирубин крови составил при легкой форме $40,1 \pm 8,75$ мкмоль/л, при средне тяжелой форме $53,58 \pm 2,8$ мкмоль/л и при тяжелой $77,9 \pm 24,2$ мкмоль/л, при этом почасовой прирост билирубина в среднем составлял $9,29 \pm 4,21$ мкмоль/л.

При несовместимости по антигенам системы АВ0, средний уровень билирубина при легкой форме составил $38,75 \pm 9,91$ мкмоль/л, при средней тяжести $42,68 \pm 11,98$ мкмоль/л, и при тяжелой $61,8 \pm 19,3$ мкмоль/л, при этом средний почасовой прирост билирубина составил $7,13 \pm 3,45$ мкмоль/л.

При анализе структуры патологии у наблюдавшихся детей обращает на себя внимание высокая частота (31,2% и 28,5% соответственно) ишемически-гипоксического поражения ЦНС среднетяжелой и тяжелой степени. У части детей выявлены пневмония, нарушение микробиотенноза кишечника (25% и 21,4% соответственно).

В ходе наблюдения за детьми с гемолитической болезнью новорожденных, установлено, что 25% и 50% соответственно в 1 и 2 группе из них потребовалась однократная операция заменного переливания крови, 75% и 50% детей (в 1 и 2 группе) проведены две и более операции заменного переливания крови.

На протяжении неонатального периода проводилась корригирующая терапия, по стандартам заболевания: фототерапия в непрерывном режиме, инфузионная терапия, при развитии анемии- препараты железа.

Длительность пребывания детей, в отделении реанимации в среднем составила $3,9 \pm 1,2$ сут, в отделении неонатологии - $14,8 \pm 1,1$ сут (от 10 до 21 сут.), при резус конфликтной гемолитической анемии и $2,6 \pm 0,8$ сут в реанимационном отделении и $11,7 \pm 0,9$ сут, в отделении неонатологии.

Выводы: таким образом дети с гемолитической болезнью плода по резус-фактору рождаются в более тяжелом состоянии по сравнению с гемолитической болезнью новорож-

денных по АВ0 системе и нуждаются в проведении интенсивной терапии начиная с рождения.

Течение гемолитической болезни новорожденного находится в прямой зависимости показателей «красной крови» при рождении.

Использованная литература:

1. Алексеенкова М.В. Гемолитическая болезнь новорожденных: перинатальные исходы и отдаленные результаты развития детей: дис. ... канд. мед.наук. М., 2005. 142 с.
2. Володин Н.Н., Дегтярева А.В., Мухина Ю.Г. Лечение гипербилирубинемий у детей раннего возраста // Фарматека. 2012. № 9/10. С. 24–28.
3. Конопляников А.Г. Современные аспекты патогенеза гемолитической болезни плода и новорожденного // Вестн. РГМУ. 2008. No 6. С. 38–42.