Неонатальная желтуха

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P58.0, P58.1, P58.3, P58.5, P58.8, P58.9, P59.8, P59.9 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов», Ассоциация специалистов в области перинатальной медицины, оказания помощи беременной женщине и плоду, новорожденному и ребенку в возрасте до 3-х лет (АСПМ)

Неонатальная желтуха — повышение преимущественно неконьюгированного билирубина у новорождённого, часто связанное с усиленным разрушением эритроцитов и незрелостью его конъюгации в печени. Рекомендация посвящена выявлению патологической гипербилирубинемии, контролю билирубина и лечению фототерапией или заменным переливанием крови.

Главное

- Патологическую желтуху подозревают при появлении в первые 24 часа, выраженном окрашивании туловища и конечностей, общем билирубине более 256 мкмоль/л, усилении после 3–4 суток или сохранении дольше 3 недель.
- В группу высокого риска входят дети с повышенными гемоглобином или гематокритом, быстрым нарастанием желтухи, снижением гемоглобина или гематокрита, подозрением на заглатывание материнской крови, кровоподтёками, кефалгематомой, кровотечением, инфекцией либо воздействием материнских лекарств и токсинов.
- При билирубине, близком к порогу заменного переливания крови, фототерапию проводят интенсивно; критерием служит уровень менее чем на 50 мкмоль/л ниже порога ОЗПК.
- Во время фототерапии билирубин контролируют не позднее 24 часов от её начала, а при показаниях к интенсивной терапии — не позднее 12 часов; при уровне, приближенном к порогу ОЗПК, контроль проводят не реже одного раза в 12 часов.
- ОЗПК проводят при неэффективности фототерапии и/или признаках острой билирубиновой энцефалопатии: мышечном гипертонусе, опистотонусе, лихорадке или «мозговом» крике. При этих неврологических признаках операция показана независимо от уровня билирубина.
- После фототерапии новорождённому проводят исследование слуха методом отоакустической эмиссии; это связано с риском тугоухости при гипербилирубинемии.
- После выписки ребёнку, перенёсшему желтуху вследствие чрезмерного гемолиза, контролируют общий и прямой билирубин через 24–48 часов, а общий гемоглобин — каждые 2–4 недели в первые 3 месяца жизни, при показаниях чаще.

Диагностика

1. Соберите перинатальный анамнез: уточните инфекции, родовую травму, полицитемию, кровоподтёки, кровотечения, кефалгематому, заглатывание материнской крови, а также воздействие лекарств и токсинов.
2. Проведите осмотр кожи и слизистых, оцените время появления и динамику желтухи; пропальпируйте селезёнку, печень и желчевыводящие пути. Раннее появление, быстрое усиление или усиление после 4 суток на фоне анемии либо полицитемии с высокой вероятностью свидетельствуют о чрезмерном гемолизе (УУР С, УДД 4).
3. Определите транскутанный билирубиновый индекс. Первое измерение выполняют в 24–36 часов жизни: при 2-й зоне риска повторяют через 24 часа, при 3-й — через 12 часов, при 4-й — через 4–6 часов (УУР В, УДД 2).
4. Если транскутанный индекс превышает 140 мкмоль/л в 24–48 часов, 200 мкмоль/л в 48–72 часа или 250 мкмоль/л после 72 часов, проводят стандартное лабораторное исследование уровня билирубина.
5. При транскутанном индексе более 255 мкмоль/л линейная зависимость между содержанием билирубина в коже и сыворотке крови уменьшается, поэтому уровень билирубина перепроверяют стандартными лабораторными методами.
6. Выполните общий анализ крови с оценкой эритроцитов, гемоглобина, гематокрита и тромбоцитов: это позволяет выявить анемию, полицитемию и изменения при геморрагическом синдроме (УУР С, УДД 4).

7. Определите группу крови по АВ0, антиген D системы резус и проведите прямой антиглобулиновый тест для исключения изоиммунизации (УУР С, УДД 4). Исследуйте общий, свободный и связанный билирубин для дифференциальной диагностики и выбора тактики (УУР С, УДД 4).
8. При кровоподтёках или кровотечении дополнительно исследуйте фибриноген, протромбиновое время, МНО и АЧТВ (УУР С, УДД 4).
9. При подозрении на внутричерепное кровоизлияние выполните нейросонографию (УУР С, УДД 4).
10. При неврологической симптоматике организуйте первичный осмотр врача-невролога (УУР С, УДД 4).

Лечение

- Начните фототерапию при патологически высокой концентрации неконъюгированного билирубина; порог у доношенных и поздних недоношенных детей с гестационным возрастом 35 недель и более определяют по постнатальному возрасту в часах (УУР В, УДД 2).
- При непрерывной фототерапии ребёнок находится под светом круглосуточно; допускаются только перерывы на кормление и манипуляции не более 30 минут. Глаза и половые органы мальчиков защищают, температуру тела поддерживают в пределах 36,6–37,0 °C.
- Во время фототерапии меняйте положение ребёнка каждые 1–2 часа, измеряйте температуру каждые 2 часа и не оценивайте эффективность по цвету кожи или показателям транскутанного билирубинометра.
- Дополнительную жидкость рассматривают при ежедневной потере массы более 5% либо недостаточном объёме грудного молока. При быстром нарастании желтухи общий билирубин повторно исследуют через 12 часов от начала фототерапии и через 12 часов после её завершения.
- Прекратить фототерапию можно после снижения общего билирубина ниже порога её назначения с учётом постнатального и гестационного или скорректированного возраста.
- При неэффективности фототерапии или признаках острой билирубиновой энцефалопатии выполняют ОЗПК (УУР С, УДД 3). Объём одного замещения и одного восполнения у доношенных составляет 10–20 мл/кг, у недоношенных — 5–10 мл/кг; процедуру проводят со скоростью 3–4 мл/мин под обязательным контролем гемодинамики, дыхания и функции почек.
- После каждых 100 мл замещающей среды вводят кальция глюконат 10% или кальция хлорид 10% по 0,3 мл/кг, предварительно разведённые в 5 мл 5% раствора декстрозы; кальций вводят только между шприцами с эритроцитсодержащими компонентами.
- Кормите ребёнка грудным молоком; если грудное вскармливание невозможно, используйте сухую адаптированную смесь с рождения либо специальную смесь для недоношенных и маловесных детей с учётом гестационного возраста.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при желтухе, требующей фототерапии, а также при появлении или нарастании желтухи вместе с изменением неврологического статуса, включая вялость и отказ от кормления.
- После завершения фототерапии в акушерском стационаре билирубин определяют через 12 часов. При удовлетворительном состоянии и сохранении уровня ниже порога повторной фототерапии можно рассмотреть выписку в ближайшие сутки; в остальных случаях лечение продолжают в условиях ОПННД или ОРИТН.
- Выписка возможна при удовлетворительном и стабильном состоянии, выполненном контроле общего билирубина после фототерапии при двух последовательных измерениях с интервалом 12 часов и отсутствии других состояний, требующих стационарного лечения.

Частые вопросы

Какие признаки делают желтуху патологической?

К ним относятся начало до 24 часов жизни, выраженное окрашивание туловища и конечностей, общий билирубин более 256 мкмоль/л, усиление после 3–4 суток и сохранение более 3 недель.

Когда транскутанного билирубинового индекса недостаточно?

При индексе более 255 мкмоль/л его связь с сывороточным билирубином становится менее надёжной, поэтому уровень билирубина перепроверяют стандартным лабораторным методом.

Когда лабораторное исследование билирубина необходимо независимо от значения транскутанного индекса?

При желтухе в первые 24 часа, признаках гемолиза и других известных факторах риска развития патологической желтухи проводят стандартное лабораторное исследование уровня билирубина.

Как часто контролировать билирубин во время фототерапии?

Первый контроль выполняют не позднее 24 часов от начала фототерапии, а при показаниях к интенсивной терапии — не позднее 12 часов. Если уровень близок к порогу ОЗПК, исследование проводят не реже одного раза в 12 часов; в остальных случаях — не реже одного раза в сутки.

Когда нужна операция заменного переливания крови?

ОЗПК показано при неэффективности фототерапии и/или признаках острой билирубиновой энцефалопатии: гипертонусе, опистотонусе, лихорадке или «мозговом» крике. При таких симптомах операцию проводят независимо от лабораторного уровня билирубина.

Нужно ли обследовать слух после лечения желтухи?

Да. После фототерапии проводят исследование слуха методом отоакустической эмиссии, поскольку гипербилирубинемия является значимым фактором тугоухости (УУР В, УДД 2).

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/916-neonatalnaya-zheltuha. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/916_1