

СОБІРНИК

ДИТЯ

4 (5) 2004

**ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ
И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ**
Стр. 8

**СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ ДЕТЯМ В УКРАИНЕ И ПУТИ ЕЕ
УЛУЧШЕНИЯ**
Стр. 18

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ
ТЕРАПИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ**
Стр. 34

**АДВАНТАН - В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО
ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**
Стр. 41

**МОЛОЧНАЯ СМЕСЬ АЛЬФАРЕ - ВЛИЯНИЕ НА
ТЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА
И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА**
Стр. 45

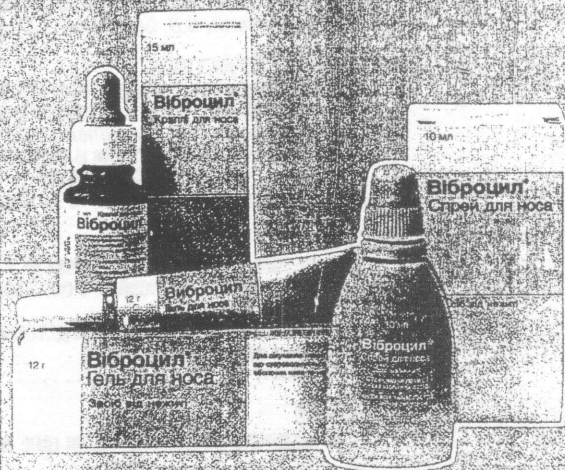
ЭПШТЕЙНА - БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ
Стр. 105

**СИНДРОМ СЕККЕЛЯ В ПРАКТИКЕ
ВРАЧА-ПЕДИАТРА**
Стр. 168

**НОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ -
НОВЫЕ ЦЕЛИ: ЖИЗНЬ БЕЗ АСТМЫ ВОЗМОЖНА**
Стр. 177

Віброцил®

- Унікальна комбінація судинозвужуючого та протиалергічного компонентів;
- Зберігає природні захисні функції слизової оболонки носу;
- Використовується з 1-го місяця життя.



- Краплі
- Спрей
- Гель

Представництво в Україні
02098 м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел./факс: (38) 044 496-09-50 (51) (52)

NOVARTIS

АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА В ЛЕЧЕНИИ ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Н.М. Корнев, Л.Ф. Богмат, И.Д. Савво, В.В. Никонова, О.М. Носова, Т.В. Евдокимова</i>	89
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «КАРДОНАТ» ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ <i>А.О. Швеи, Е.Г. Швеи</i>	95
НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА, ПРОВЕДЕННОЙ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ <i>А.С. Сенаторова, Н.И. Макеева, А.Д. Бойченко, О.С. Назаренко</i>	98
ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ <i>Т.В. Марушко</i>	101
ЭПШТЕЙНА-БАРР ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ <i>С.О. Крамарев, Н.Г. Литвиненко, Л.О. Палатная</i>	105
ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА <i>Н.Б. Зелинская</i>	111
ТИРЕОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ИХ ЛЕЧЕНИЮ <i>Е.А. Будрейко</i>	118
ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСТЕОПЕНІЧНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ <i>Н.В. Банадига, І.В. Кміта</i>	121
АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У ДЕТЕЙ <i>О.М. Горбатюк</i>	124
ФЕРМЕНТЫ ПЕРВОЙ ЛИНИИ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРОДУОДЕНИТОМ <i>Л. К. Пархоменко, Л. А. Страшок</i>	126
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИТАНИЯ УЧАЩИХСЯ ГИМНАЗИИ <i>И.В. Поташнюк, И.П. Козярин</i>	129
НЕОНАТОЛОГИЯ	
ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ С УГРОЗОЙ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ <i>Г.Л. Линчевский, О.В. Воробьева, О.К. Головки, Л.А. Левченко</i>	133
РЕАЛЬНОСТЬ, ПРОБЛЕМЫ И ВОЗМОЖНОСТИ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ < 1500 г <i>Н.М. Пясецкая, О.Т. Лакша, Т.А. Орлова, С.Я. Старенькая, О.Э. Чайковская, Л.Н. Борисова, А.П. Чащина</i>	136
ГИПОКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО: АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА С ПОЗИЦИЙ ТЕОРИИ ГОМОТОКСИКОЗОВ ГАНСА-ГЕНРИХА РЕКЕВЕГА, ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНТИГОМОТОКСИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ <i>Ю.Д. Годованец</i>	138
КОРРЕКЦИЯ ДИСМЕТАБОЛИЗМА ГИПОКСИЧЕСКИ ПОВРЕЖДЕННОГО МИОКАРДА НОВОРОЖДЕННЫХ <i>О.С. Третьякова, С.С. Казак</i>	143
КОНЬЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ: АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПУТИ КОРРЕКЦИИ <i>О.М. Горленко, О.В. Русановская, А.О. Янковская, Н.Г. Малеваник</i>	148
НОВОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ	
ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА АРБИДОЛ-ЛЕНС ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ <i>В.В. Бережной, Н.К. Унич, Л.Г. Аносова, Т.В. Сухина</i>	152
ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
ГЕМОФИЛЬНА ІНФЕКЦІЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ <i>О.І. Поліщук, О.І. Брич</i>	157
ПРОБИОТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ	
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОПИОНОВОКИСЛЫХ БАКТЕРИЙ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В СОСТАВЕ МУЛЬТИПРОБИОТИКОВ ГРУППЫ «СИМБИТЕР» <i>Д.С. Янковский, В.В. Бережной, Г.С. Дымент</i>	161
СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ	
СЛУЧАЙ СИНДРОМА СЕККЕЛЯ, СОПРОВОЖДАЕМЫЙ ТРАНЗИТОРНЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>А.В. Зубаренко, В.Е. Михайленко, Л.Г. Кравченко, Л.В. Тупко, Н.А. Бекшаева</i>	168
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЧАРГА-СТРОССА У ДЕТЕЙ <i>Е.В. Прохоров, Л.Л. Челпан, Ю.А. Сорока</i>	170
ЮБИЛЕИ	
К 45-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ПЕДИАТРИИ № 2 КИЕВСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИМ. П.Л. ШУПИКА	172
ОДЕССКОЙ КЛИНИКЕ ГОРОДСКОЙ ДЕТСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 1 ИМ. АКАД. Б.Я. РЕЗНИКА — 100 ЛЕТ (к истории создания и развития) <i>И.Л. Бабий</i>	174
СОБЫТИЯ	
НОВІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ — НОВІ ЦІЛІ: ЖИТТЯ БЕЗ АСТМИ МОЖЛИВЕ	177
РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ В 2004 ГОДУ	
	183

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
УКРАИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ МЗ УКРАИНЫ

СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ

Научно-практический педиатрический журнал

СУЧАСНА ПЕДІАТРІЯ

Науково-практичний педіатричний журнал

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ И РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ ЖУРНАЛА

«СОВРЕМЕННАЯ ПЕДИАТРИЯ»

Главный редактор Бережной В.В.

Зам. главного редактора Волосовец А.И.

Научный редактор Омельченко Л.И.

Ученый секретарь Марушко Т.В.

Ответственный редактор Космин Д.Е.

Директор проекта Бахтиярова Д.О.

Председатель редакционной коллегии Моисеенко

Абатуров А.Е.
Багдасарова И.В.
Багмат Л.Ф.
Безруков Л.А.
Белебезьев Г.И.
Белогорцева О.И.
Беш Л.В.
Богдельников И.В.
Вовк И.Б.
Гойда Н.Г.
Гончар А.А.
Горбатюк О.М.
Горленко Л.М.

Гриневич А.И.
Губертус фон Фосс (Германия)
Денисова М.Ф.
Деревянко Л.А.
Донская С.Б.
Дука Е.Д.
Емец И.Н.
Ершова И.Б.
Задорожная Т.Д.
Зелинская Н.Б.
Иванов Д.Д.
Казак С.С.
Каладзе Н.Н.

Калужная Л.Д.
Клименко Т.М.
Климишук Г.И.
Козярин И. П.
Коровина Н.А. (Россия)
Косаковский А.Л.
Крамарев С.А.
Кузнецов В.Н.
Лайко А.А.
Ласица О.И.
Левичкий А. Ф.
Мартынюк В.Ю.
Марушко Ю.В.

Нагорная Н.В.
Овчаренко Л.С.
Орлов Ю.А.
Отт В.Д.
Пагава К.И. (Грузия)
Пархоменко Л.К.
Прохоров Е.В.
Рыков С.А.
Сеймивский Д.А.
Сенаторова А.С.
Смиян А. И.
Сулима Е.Г.
Сокур П.П.

Траверсе Г.М.
Тяжкая А.В.
Харьков Л.В.
Чернышова Л.И.
Шейман Б.С.
Шишко Г.А. (Беларус.)
Шунык Е.Е.
Юрцева А.П.
Юлиш Е.И.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель редакционного совета Пономаренко В.М.

Аряев Н.Л.
Бешешко В.Г.
Бережнов С.П.
Венцовский Б.М.
Голубчиков М.В.

Гордиенко С.М.
Горovenko Н.Г.
Гнатейко О.З.
Дудина Е.А.
Дыкан И.Н.

Загородний В.В.
Козьякин В.И.
Коренев Н.М.
Майданник В.Г.
Орда А.Н.

Педан В.Б.
Подольский В.В.
Семиноженко В.П.
Смиян И.С.

ВИДАВЦІ

МИНИСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я МОЗ УКРАЇНИ
ВИДАВНИЦТВО «ЕКСПЕРТ»

Видається при науковій підтримці Інститута педіатрії, акушерства та гінекології АМН України
Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Рекомендовано вченою радою Українського інституту громадського здоров'я МОЗ України Протокол № 29 від 08.12.2004 г.
Агестовано Вищою атестаційною комісією України Перелік № 14, Додаток до Постанови Президії ВАК України № 3-05/7 від 30.06.2004 р.

Адреса редакції: Україна, 04210, м.Київ-210, а/я 32,
вул. В.Васильківська, 85-87, оф.37, Тел./факс: (044) 269-70-27; 230-27-19
E-mail: pediatr@d-line.org.ua; expert@nbi.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 8147 від 20.11.2003 г.
Видається з грудня 2003 р.

Періодичність виходу — щоквартально

Підписано до друку 20.12.2004 р.

Формат 60×90/8. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 15. Об л.-вид. арк. 13,95.

Загальний наклад 10 000 прим. Зам. № 576

Видруковано з готових фотоформ у друкарні "Ходак",
М. Київ, вул. Причальна, 5, тел. (044) 550-52-44

Передплатити «Сучасну педіатрію» можна в будь-якому поштовому відділенні.

Переплатний індекс 09850

Усі статті рецензовані. Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,
допускається лише з письмового дозволу редакції. Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© Український інститут громадського здоров'я МОЗ України, 2004
© Видавництво «Експерт», 2004

**Внимание! Подписаться на журнал «Современная педиатрия»
Вы можете во всех отделениях связи Украины
Подписной индекс 09850**

КОНЬЮГАЦИОННАЯ ЖЕЛТУХА НОВОРОЖДЕННЫХ: АНТЕ- И ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ПУТИ КОРРЕКЦИИ

О.М. Горленко, О.В. Русановская, А.О. Янковская, Н.Г. Малеваник
Ужгородский национальный университет
Городская детская клиническая больница, г. Ужгород

Резюме. Конъюгационные желтухи периода новорожденности являются наиболее многочисленной патологией в общей структуре заболеваемости и требуют усовершенствования их диагностики и раннего адекватного лечения. Объектом нашего исследования было изучение и анализ заболеваемости конъюгационными желтухами группы новорожденных, выделение ведущих анте- и интранатальных факторов риска с учетом медико-социальных причин и возможных научно обоснованных путей коррекции. Следует отметить, что подавляющее большинство новорожденных находилось на естественном вскармливании ($96,08 \pm 2,16\%$), что дает основание думать о влиянии гормональных и биологически активных составляющих молока матери на уровень гипербилирубинемии новорожденных.
Ключевые слова: педиатрия, неонатология, конъюгационная желтуха, гомеостаз.

Вступление

Среди патологических состояний, возникающих в раннем неонатальном периоде, значительное место занимает желтушный синдром. Желтуха развивается у 60 % доношенных и у 80 % недоношенных младенцев [3,4]. В последние годы прослеживается тенденция к росту неонатальных желтух. Поэтому проблема требует дальнейшего изучения и уточнения основных причин с целью раннего установления диагноза и назначения своевременного лечения, особенно так называемых затяжных желтух, которые могут быть проявлением серьезного патологического состояния у новорожденного.

Целью нашего исследования явилось определение ведущих причин появления косвенных гипербилирубинемий новорожденных, что дало бы возможность сосредоточиться на механизмах их развития и улучшить качество диагностики и лечения детей.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением было 95 новорожденных детей (14 недоношенных), из них девочек — $36,8 \pm 4,0\%$, мальчиков — $63,2 \pm 4,9\%$, находившихся на стационарном лечении в городской детской клинической больнице г. Ужгорода в 2001–2003 гг. с диагнозом: гипербилирубинемия неуточненного генеза (были исключены случаи гемолитической болезни новорожденных, внутриутробное инфицирование, врожденные аномалии желчевыводящих путей). Данная группа включала детей с повышенным уровнем билирубина в венозной крови за счет непрямой фракции, которая, по литературным данным, трактуется как «конъюгационная желтуха» или «непрямая гипербилирубинемия». Верификация диагноза осуществлялась на основе диагностических критериев, разработанных ведущими вузами Украины. Особое внимание обращали на анамнестические данные, отражающие течение беременности и родов у матери, наличие наследственной отягощенности, также у рожениц исследовался пигментный обмен; со стороны новорожденного — проводили клинико-анамнестический скрининг, анализ общепринятых инструментально-лабораторных данных.

Результаты исследований и их обсуждение

Изучение заболеваемости новорожденных, лечившихся в отделении младшего детства городской детской клинической больницы г. Ужгорода на протяжении

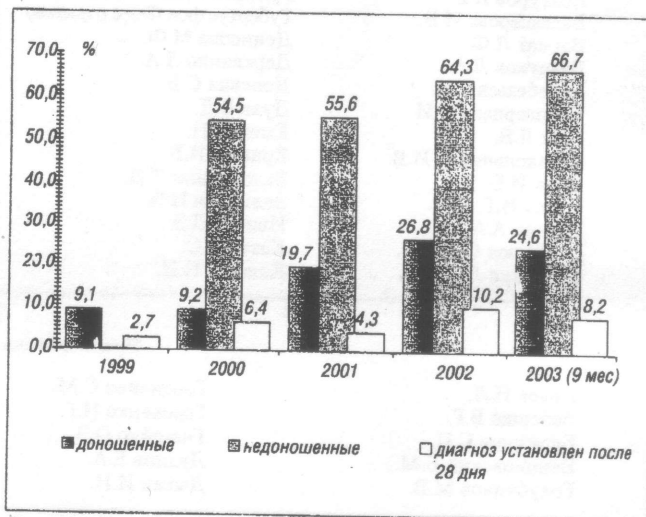


Рис. 1. Частота непрямой гипербилирубинемии у новорожденных детей в структуре заболеваемости за 1999–2003 гг.

1999–2003 лет, показывает проспективное повышение частоты развития конъюгационной желтухи (рис. 1).

Во-первых, обращает на себя внимание рост конъюгационной желтухи как у доношенных, так и у недоношенных детей, а также то, что более чем у половины недоношенных младенцев развивается непрямая гипербилирубинемия.



Рис. 2. Данные анамнеза, отягощающие беременность

Рассматривались факторы, которые характеризовали неблагоприятное течение беременности (рис. 2).

Ведущими факторами, по данным нашего исследования, следует считать наследственную генетическую отягощенность, перенесенные во время беременности ОРВИ и лечение бесплодия.

Результаты проведенного анализа клиничко-анамнестического скрининга представлены в таблице 1.

Таблица 1
Клиничко-анамнестическая характеристика младенцев с конъюгационной желтухой новорожденных

Параметры, признаки		Значения	
		девочки	мальчики
Роды	I	48,4±5,2%	
	II	30,5±4,7%	
	III и более	21,1±4,2%	
Наследственность	отягощенная	66,3±4,9%	
	неотягощенная	33,7±4,9%	
Ребенок	доношенный	84,2±3,8%	
	недоношенный	15,8±3,8%	
Стимуляция родовой деятельности		93,7±2,5 %	
Масса тела при рождении		3,45±0,48 кг	3,14±0,64 кг
Длина тела при рождении		43,51±2,88 см	49,08±3,45 см
Шкала Апгар		8/8 баллов	7/8 баллов
Вскармливание	Естественное	94,7±2,3%	
	Смешанное	3,2±1,8%	
	Искусственное	2,1±1,5%	
Появление желтухи: внутриутробное первые сутки жизни		0	
в начале вторых суток и позднее		93,7±2,5%	

Преобладающее появление конъюгационной желтухи отмечалось у младенцев (табл. 1) с отягощенной наслед-

ственностью — в 2\3 случаев, из них 55,9±7,1 % были из малообеспеченных семей и семей с неблагоприятным микроклиматом (30,4±2,9 % инфицированы туберкулезом). В результате проведенных исследований нами выявлено, что 84 % обследованных детей рождались доношенными и, в почти половине случаев, от первых родов. Практически у всех детей конъюгационная желтуха наблюдалась в начале вторых суток и позднее (93,7±7,3 %), подавляющее большинство новорожденных были на естественном вскармливании (94,7 %). У 93,7±2,5 % рожениц наблюдался неблагоприятный интранатальный период вследствие вторичной слабости родовой деятельности, что приводило к применению окситоцина. Интересным, на наш взгляд, является то, что непрямая гипербилирубинемия встречалась у детей, матери которых получали родовую стимуляцию окситоцином.

Проанализирована сопутствующая патология у новорожденных с конъюгационной желтухой по клиничко-инструментальным данным (рис. 3).

При клиническом обследовании у всех (100 %) детей выявлены признаки энцефалопатии, что было подтверждено изменениями на глазном дне и данными нейросонограммы, и у 97,7 % детей отмечались незначительные метаболические нарушения на ЭКГ, также отражающие перенесенное гипоксическое состояние ребенка во внутриутробном и перинатальном периодах.

Результаты анализа периферийной крови у детей с конъюгационной желтухой представлены в таблице 2.

Манифестные изменения наблюдаются по уровню значений тромбоцитов (238,54±9,26/л у мальчиков и 248 ± 7,58/л у девочек, при норме 298,17±11,26/л), по другим параметрам достоверных отклонений от нормы не выявлено.

Нами также был проанализирован билирубиновый обмен новорожденных и рожениц (табл. 3).

Данные клинического и биохимического исследования крови, представленные в табл. 3, не отличаются от

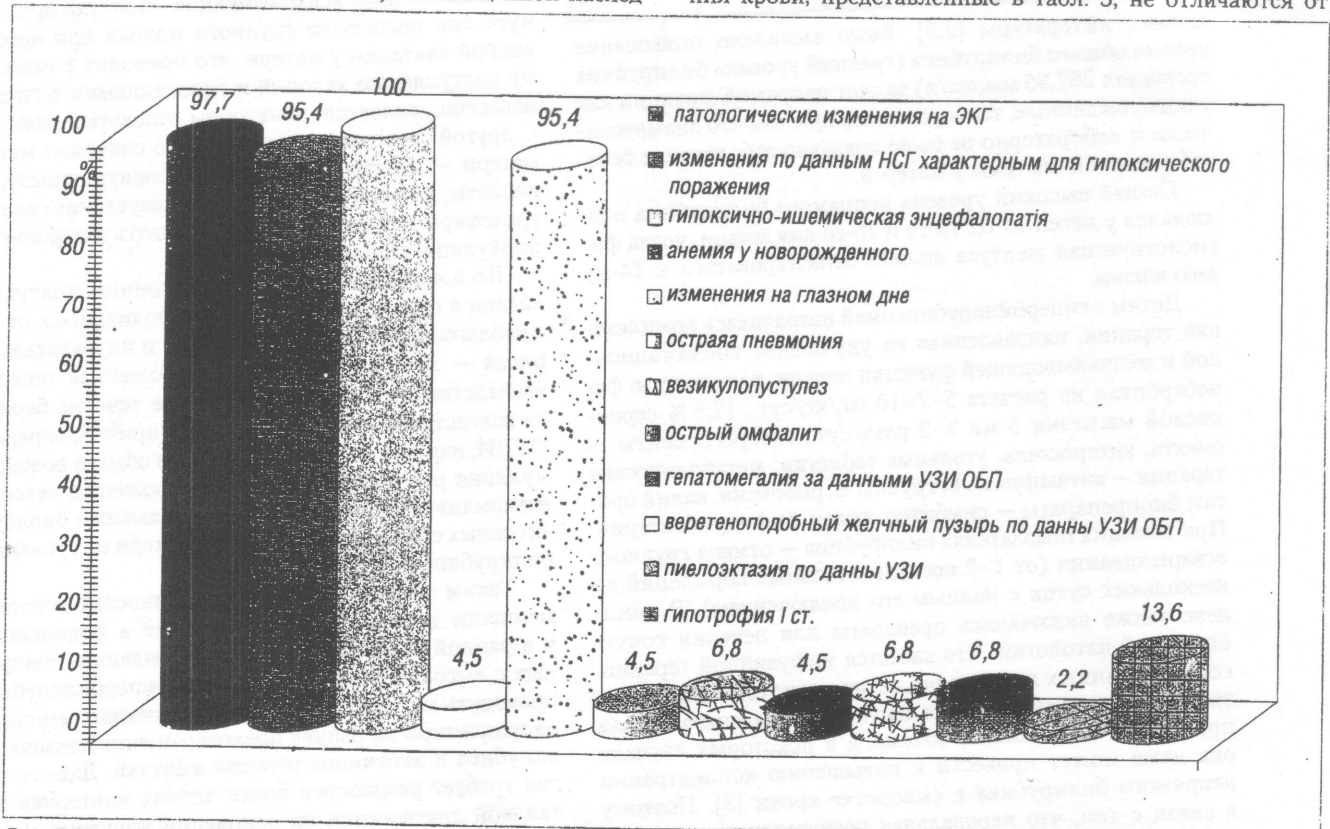


Рис. 3 Сопутствующая патология по клиничко-инструментальным данным у детей с непрямой гипербилирубинемией

Таблица 2
Анализ периферийной крови исследуемого контингента

	Мальчики	Девочки	В норме
гемоглобин г/л	185,12 ± 7,30	175,12 ± 6,84	170,00 ± 8,00
эритроциты 10 ¹² /л	5,37 ± 1,02	4,81 ± 0,52	4,28 ± 0,87
лейкоциты 10 ⁹ /л	8,68 ± 1,27	12,48 ± 4,51	10,25 ± 1,17
палочкоядерные %	1,31 ± 0,08	1,32 ± 0,09	2,0 ± 1,10
сегментоядерные %	31,62 ± 4,07	33,51 ± 5,18	28,00 ± 11,00
эозинофилы %	2,58 ± 0,12	3,52 ± 0,29	4,00 ± 2,20
лимфоциты %	52,81 ± 7,16	53,58 ± 7,18	58,00 ± 12,00
моноциты %	6,67 ± 0,84	8,62 ± 0,91	8,00 ± 3,80
тромбоциты	238,54 ± 9,26	248 ± 7,18	298,17 ± 11,26
СО ₂ мм/час	3,05 ± 0,64	2,49 ± 0,09	6,41 ± 1,31

Таблица 3
Билирубиновый обмен новорожденных и рожениц при конъюгационной желтухе (ммоль/л)

Параметры	Значения			
	Полученные данные		В норме	
	новорожденные	рожицы	новорожденные	рожицы
Билирубин				
общий	189,59 ± 11,26	36,89 ± 4,15	51,60 ± 9,27	15,50 ± 1,69
прямой	11,62 ± 3,46	16,43 ± 2,17	8,56 ± 1,19	4,14 ± 0,87
непрямой	177,97 ± 12,77	20,46 ± 3,90	43,04 ± 5,91	11,36 ± 1,07

данных литературы [2,3]. Было выявлено повышение уровня общего билирубина (средний уровень билирубина составлял 267,85 ммоль/л) за счет непрямой фракции как у новорожденных, так и рожениц, при том что анамнестически и лабораторно не было доказано заболевание гепатобилиарной системы у матерей.

Самый высокий уровень непрямого билирубина наблюдался у детей 15-го, 19-го и 26-го дня жизни, когда физиологическая желтуха должна нивелироваться к 14-му дню жизни.

Детям с гипербилирубинемией назначалась комплексная терапия, направленная на улучшение конъюгационной и желчевыводящей функции печени, в частности: фенобарбитал из расчета 5-7-10 мг/кг/сут., 12,5 % сернокислой магнезии 5 мл 2-3 раза/сут.; энтеросорбенты — смекта, энтеросгель, угольные таблетки; метаболическая терапия — витамины А, Е, группы В, рибоксин, калий оротат; биопрепараты — симбитер, хилак, бифидумбактерин. При высоких показателях билирубина — отмена грудного вскармливания (от 1-2 последовательных кормлений до нескольких суток с полным его исключением). В комплекс также включались препараты для лечения сопутствующей патологии. Что касается инфузионной терапии, согласно данных литературы, ее рекомендуется назначать только в случаях, если оральную регидратацию нельзя провести в надлежащем объеме, а в некоторых случаях она даже может привести к повышению концентрации непрямого билирубина в сыворотке крови [3]. Поэтому в связи с тем, что пероральная регидратация оказалась

достаточно эффективной, только в трех случаях нами назначалась 5 % глюкоза инфузионно в качестве донатора глюкуроновой кислоты.

Проведенное лечение способствовало сокращению среднего пребывания на койке в отделении новорожденных с 13,6 до 11,2 дня за три года.

Выводы

Учитывая данные литературы и сопоставляя их с полученными данными, следует заметить, что основными факторами, способствующими появлению непрямого гипербилирубинемий и их пролонгированному течению, являются нижеперечисленные.

Гипоксический синдром, который в нашем исследовании был подтвержден изменениями на глазном дне, данными нейросонограммы, метаболическими нарушениями на ЭКГ. В условиях гипоксии и асфиксии тормозится становление глюкорунил-трансферазной системы печени новорожденного, наступает диссоциация комплекса билирубин — альбумин, повышается проницаемость сосудов, в частности гематоэнцефалического барьера, в том числе для билирубина, который токсично влияет на разнообразные ферментативные реакции, снижает функцию митохондрий, транспорт питательных веществ, что, в свою очередь, приводит к усилению гипоксии.

Медикаментозная терапия — в основном это применение для родостимуляции и в послеродовом периоде окситоцина, что также угнетает созревание глюкорунил-трансферазной системы печени и непосредственно воздействует на плод при введении его матери, а также выделяется и с молоком, поскольку циркулирует в организме, по данным различных авторов, от нескольких дней до нескольких недель.

Естественное вскармливание. Желтуха может возникнуть при недостатке грудного молока при несформированной лактации у матери, что приводит к недостаточному поступлению калорий и гипогликемии, а глюкоза, как известно, является донатором глюкуроновой кислоты. С другой стороны, грудное молоко содержит метаболиты матери — липазу, прегнадиол, в-глюкуронидазу, жирные кислоты, которые могут угнетать созревание глюкорунил-трансферазной системы и увеличивать энтеропатическую циркуляцию билирубина.

По нашим данным, конъюгационные желтухи преобладали в группе новорожденных, родившихся от матерей с неблагоприятным течением ante- и интранатального периода — лечение бесплодия, отягощенная генетическая наследственность, неблагоприятное течение беременности вследствие медико-социальных причин, перенесенные ОРВИ, нарушение билирубинового обмена рожениц, стимуляция родовой деятельности у рожениц; естественное вскармливание; и влияния гормональных и биологически активных составляющих молока матери на уровень гипербилирубинемии новорожденных.

Таким образом, с учетом особенностей течения беременности и родов, необходимо еще в родильном доме и в ранний неонатальный период выделять новорожденных с высоким риском появления гипербилирубинемии, проводить им комплекс профилактических мероприятий, направленных на раннее предотвращение повышения билирубина и затяжного течения желтухи. Данная патология требует разработки более четких критериев антенатальной диагностики на основании изучения и анализа состояния гомеостаза матери и плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурлова О.Р., Ткаченко Ю.В., Шевцова Т.И. Анализ случаев гипербилирубинемии у новорожденных // Актуальні питання неонатології. Клінічні лекції та матеріали 1-ої наук.-практ. школи-семінару. – К., 2003. – С. 195–197.
2. Особливості лікування жовтяниць Ньюмена-Аріаса / З.В. Король, Г.А.Павлишин, Н.О.Ліщенко, Л.В.Решетука // Матеріали наук.-практ. конф. «Актуальні питання патології органів травлення у дітей». – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – С. 85–86.
3. Проблема жовтяниць новонароджених: підходи до спостереження і лікування в Україні / Ю.С.Коржинський, О.В. Омельняненко, Н.Є Савчак, Р.Г. Голик // Матеріали укр.-амер. навчального семінару-тренінгу «Сучасні тенденції в неонатології: проблеми та перспективи». – Львів, 2003. – С. 54–67.
4. Сміян І.С. Педіатрія (цикл лекцій). – Тернопіль: "Укрмедкнига", 1999. – 712 с.

КОН'ЮГАЦІЙНА ЖОВТЯНИЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ: АНТЕ- ТА ІНТРАНАТАЛЬНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ, ШЛЯХИ КОРЕКЦІЇ

О.М. Горленко, О.В. Русановська, А.О. Янковська, Н.Г. Мальованик

Резюме. Кон'югаційні жовтяниці періоду новонародженості є найбільш чисельною патологією в загальній структурі захворюваності і потребують удосконалення їх діагностики та раннього адекватного лікування. Об'єктом нашого дослідження було вивчення та аналіз захворюваності кон'югаційними жовтяницями групи новонароджених, виділення провідних анте- та інтранатальних факторів ризику з урахуванням медико-соціальних причин та можливих науково обґрунтованих шляхів корекції. Слід зазначити, що переважна більшість новонароджених знаходилася на природному вигодовуванні (96,08±2,16%), що дає підстави думати про вплив гормональних та біологічно активних складових молока матері на рівень гіпербілірубінемії новонароджених.

Ключові слова: педіатрія, неонатологія, кон'югаційна жовтяниця, гомеостаз.

CONJUGATED JAUNDICE OF NEWBORNS: ANTE- AND INTRA-NATAL RISK FACTORS, WAYS OF CORRECTION

O. M. Gorlenko, O. V. Rusanovskaya, A. O. Yankovskaya, N. G. Malevanyk

Summary. Conjugated jaundice cases among newborns represent the most widely spread pathology within the overall morbidity structure and require further improvement of their diagnosing and prompt adequate treatment. The object of our survey concerned studying and analysis the conjugated jaundice morbidity rates within the group of newborns, determination of leading ante- and intra-natal risk factors with specific consideration to medic-social reasons and possible scientifically justified ways of correction. It should be noted that the absolute majority of newborns (96.08±2.16%) were breast milk-fed - a factor that gives certain grounds for an idea of the impact hormone and bio-active components in breast milk have on hyperbilirubinemia rates in newborns.

Key words: paediatrics, neonatology, conjugated jaundice, homeostasis.

МЕЖДУНАРОДНЫЕ НОВОСТИ

Грудное вскармливание помогает росту зубов

Грудное вскармливание — не только здоровье новорожденного ребенка, оно улучшает и состояние его будущих зубов. Об этом сообщили педиатры из Университета Милана.

Как показали проведенные ими исследования, при грудном вскармливании происходит своеобразная тренировка мышц ли-

ца, которая непонятным пока образом впоследствии снижает вероятность развития дефектов зубов. Так, у детей, получавших материнское молоко, реже нарушается расположение зубов и реже появляются патологические межзубные промежутки, чем у тех, кто вскармливался искусственными заменителями.

Источник: KM.RU