ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

© *Гурина Людмила Николаевна[1], Ерохина Ирина Александровна[2], Юсевич Наталья Станиславовна[2], Денисик Наталья Ивановна[2]*

[1] Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 230009, г. Гродно, ул. Горького, д. 80
[2] Гродненская областная детская клиническая больница, Республика Беларусь, 230029, г. Гродно, ул. Островского, д. 22

E-mail: anlunag1@mail.ru

Ключевые слова: билирубин; новорожденный; питание; лечение.

ВВЕДЕНИЕ

Гипербилирубинемия (повышенное содержание прямого и/или непрямого билирубина в сыворотке крови) является непременной составной частью синдрома желтухи. Для новорожденных в первую неделю жизни характерна физиологическая желтуха за счёт повышения свободного (неконъюгированного, непрямого) билирубина. Но когда концентрация билирубина превышает допустимые величины (более 200 мкмоль/л) и приобретает пролонгированное течение, желтуха считается патологической. Повышенное содержание билирубина приводит к эндогенной интоксикации организма младенца. Непрямой билирубин образуется при разрушении гемоглобина, связывается с альбумином плазмы, поступает в синусоиды печени, и под действием фермента глюкуронилтрансферазы связывается (конъюгируется) с глюкуроновой кислотой образуя конъюгированный (прямой или связанный) билирубин. Прямой билирубин поступает в толстую кишку, подвергается гидролизу, выводится с калом. Часть билирубина реабсорбируется в кишечнике и с током крови попадает в почки (уробилиноген), выводится с мочой. Некоторое количество билирубина, всосавшегося в кишечнике, вновь через кровоток поступает в печень (кишечно-печёночная рециркуляция билирубина). У ослабленных новорожденных находящихся на искусственном вскармливании обратная рециркуляция билирубина имеет большое значение в пролонгированном течении желтухи.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение длительности желтушного синдрома у новорожденных в зависимости от получаемой адаптированной детской молочной смеси.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены пациенты с неконъюгированной гипербилирубинемией, находившиеся на лечении во 2-м педиатрическом отделении для новорожденных и недоношенных детей Гродненской областной детской клинической больницы в период с 2011 по 2017 годы. Всего под наблюдением находилось 103 младенца. Все новорожденные вскармливались искусственными адаптированными молочными смесями «Беллакт Иммунис» (стандартная смесь для кормления здоровых новорожденных) и «Беллакт АР» (антирефлюксная смесь, используется при срыгивании, кишечных коликах, запорах). По применению лекарственных препаратов для лечения желтухи группы детей были сопоставимы.

В зависимости от получаемой смеси дети были разделены не две группы. Первую группу n1=51 составили пациенты, получавшие лечебную антирефлюксную смесь «Беллакт АР» путем добавления в каждое кормление к стандартной смеси «Беллакт Иммунис» в объеме от 10 до 30 мл в зависимости от суток жизни. Во вторую группу включили новорожденных n2=52, которые вскармливались стандартной смесью «Беллакт Иммунис». Мониторирование желтушного синдрома проводилось по шкале Крамера и уровню содержания непрямого билирубина в сыворотке венозной крови.

Результаты. В результате проведённого исследования получены следующие результаты: дети из первой группы (получавшие антирефлюксную смесь), имели нормализацию билирубина через 9±2 дня, тогда как у младенцев вскармливаемых стандартной смесью нормализацию билирубина в сыворотке венозной крови отмечали на 16±2 день, что является диагностически значимым (p=0,04). Следует отметить, что у новорожденных, в качестве энтерального питания которых использовали только стандартную смесь, частота дефекаций

приближалась к 2±1 раз в сутки, тогда как у детей из первой группы отхождение стула регистрировали 5±1 раз в течение суток. Более частое отхождение стула, возможно, снижало обратное всасывание билирубина из кишечника и кишечно-печёночную рециркуляцию билирубина. Побочных эффектов от применения антирефлюксной смеси не выявлено.

Антирефлюксная смесь «Беллакт АР» содержит загуститель – камедь рожкового дерева. Камедь содержит растворимый в воде полисахарид – галактоманан, который не перевариваются ферментами желудочно-кишечного тракта, гидролизируется микрофлорой кишечника. Поступая в толстую кишку загуститель сорбирует на себя воду, повышает объем калових масс, разрыхляет химус, механически раздражает рецепторы толстой кишки, что вызывает рефлекторное усиление перистальтики и опорожнение кишечника, тем самым уменьшается кишечно-печёночная циркуляция билирубина.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, питание новорожденных детей с неконъюгированной гипербилирубинемией имеет огромное значение в комплексном лечении желтухи. Использование при искусственном вскармливании смесей с клейковиной рожкового дерева способствует быстрому снижению непрямого билирубина.