

запальному ураженню жовчовивідних шляхів. У гострому періоді хвороби стимуляція жовчоутворення викликає жовчну гіпертензію. Тому на ранніх етапах призначають холекінетики. За даними Сніцаря А.О. доцільне призначення холекінетиків, починаючи з 3-го тижня захворювання.

Пізніше, в період реконвалесценції призначають холеретики (алохол, холензим, фламін, настої трав, мінеральну воду). Але слід пам'ятати, що при цитолітичному синдромі жовчогінні препарати не призначають.

Ліпотропні препарати (ліпоксин, метіонін) призначають лише в випадках, коли ВГА розвився на фоні жирового гепатозу (цукровий діабет, тиреотоксикоз, алкоголізм, наркоманія). Ліпоєву кислоту, ліпамід призначають у період ранньої реконвалесценції для посилення регенерації печінки, поліпшення кровообігу і жовчовиділення.

Таким чином, основною в лікуванні ВГА є базисна терапія, що включає режим, дієту, загальнозміцнюючі препарати.

**О.І. Сміян, Т.П. Бинда**

### **Диференціальна діагностика жовтяниць новонароджених Державний університет, м. Суми**

Внаслідок недостатньої диференціації паренхіми печінки та легкому руйнуванню еритроцитів, жовтяниця в новонароджених спостерігається дуже часто. Правильна діагностика її причини визначає своєчасність та адекватність лікування. Наявність великої кількості захворювань, при яких відмічається жовтяниця, нерідко затруднює диференціальну діагностику патологічних станів, які перебігають з жовтяницею.

У дітей розрізняють 4 типи жовтяниць: гемолітичну, кон'югаційну, паренхіматозну та механічну.

Диференціальна діагностика жовтух новонароджених починається з визначення характеру збільшення вмісту білірубіну в сироватці крові. Можна відмітити три основні форми підвищення рівня білірубіну: значна перевага непрямого

білірубін; значна перевага прямого білірубін; паралельне підвищення рівня прямого та непрямого білірубін.

**Гемолітичні жовтяниці** зустрічаються, по нашим даним, у 2,4% дітей м. Суми і обумовлені імунологічним конфліктом внаслідок несумісності крові плоду та матері по АВО і резус-антигенам. Для них характерні нормохромна анемія з гіперрегенераторними проявами (ретикулоцитоз), збільшення печінки та селезінки, зростання вільного непрямого білірубін, нормальна активність печінково-клітинних ферментів, світла сеча, темні випорожнення.

**Кон'югаційні жовтяниці** найбільш поширені і найбільш різноманітні за походженням. Серед них часто зустрічається транзиторна (фізіологічна) жовтяниця доношеного та недоношеного новонародженого (приблизно в половини дітей). Вона виникає на 2-3 день після народження і зникає до кінця першого - початку другого тижня. Цей тип жовтяниць характеризується підвищенням непрямого білірубін в сироватці крові, відсутністю ознак гемолізу еритроцитів, нормальними розмірами печінки, селезінки, звичайним кольором сечі й калу. В гостру фазу рівень білірубін сироватки крові не перевищує 100 мкмоль/л (непрямий). Високий рівень білірубін свідчить не про фізіологічний, а про патологічний тип жовтяниці у новонароджених.

До кон'югаційних жовтяниць відноситься і "жовтяниця від материнського молока". Частота її складає 1:50-200 новонароджених. Обумовлена вона продуктами жіночого молока (якими, точно не встановлено). Такі діти мають гарний апетит і прибавляють у масі тіла. В них відсутнє збільшення печінки, селезінки та інші ознаки підвищеного гемолізу, немає неврологічних відхилень від норми. Діагностичним тестом цієї жовтяниці може бути зниження рівня непрямого білірубін після припинення годування материнським молоком. Через 4-6 днів

утримання від годування грудним молоком його можна відновити і жовтяниця не виникає.

Кон'югаційна жовтяниця може спостерігатися при вродженому гіпотиреозі; у дітей, народжених від матері з тяжкою формою цукрового діабету; у дітей, що перенесли асфіксію, пологову травму, великі крововиливи, а також при таких спадкових синдромах, як синдром Жильбера-Мейленграфта, синдром Кліглера-Найяра. До речі, з усіх кон'югаційних жовтяниць останній синдром має найбільш несприятливий перебіг (діти рідко доживають до 2-х років).

**Паренхіматозна жовтяниця (печінкова)** спричиняється інфекцією з гепатотропними властивостями (вірусного гепатиту, герпесу, краснухи, цитомегалії, токсоплазмозу, лістеріозу, сифілісу). При цьому уражається печінкова клітина, що призводить до порушення її функції, зокрема, до затримки екскреції прямого білірубину в жовчний капіляр і до повернення його в кров. Ось чому підвищується рівень прямого білірубину крові. Внаслідок ураження гепатоцитів, збільшується (компенсаторно) утворення моноглюкороніду в нирках, травному каналі, але він не може повністю виділитися. Затримується кон'югація непрямого білірубину. Тому при цій формі жовтяниць має місце збільшення вмісту не лише прямого, але й непрямого білірубину в сироватці крові. При підвищенні загальної кількості білірубину до 51,3-85,5 мкмоль/л, звичайно, співвідношення обох видів жовчного пігменту рівне, а при більш високому рівні - переважає прямий білірубін. Поява жовтяничного забарвлення шкіри і слизових залежить від тяжкості ураження печінки - чим тяжчий процес, тим раніше (в перші дні) воно з'являється, але може виникати в кінці першого на початку другого тижня життя. При цій формі жовтяниці спостерігається збільшення печінки та селезінки, темна сеча, знебарвлений кал, підвищення рівня активності органоспецифічних ферментів (альдолази, трансамінази), сорбітдегідрогенази тощо, геморагічний синдром.

**Механічна жовтяниця** характеризується порушенням відтоку жовчі внаслідок внутрішньоутробного розвитку аномалій внутрішньопечінкових та позапечінкових жовчних проток (атрезія, гіпоплазія). Вона зустрічається у 1:10000-20000 новонароджених. Жовтяничне забарвлення шкіри має зеленкуватий або зеленкувато-сіруватий відтінок, з'являється на першому тижні життя, поступово посилюється на фоні відносно задовільного загального стану, збереженого апетиту і задовільного приросту маси тіла. Важливими симптомами є знебарвлений кал від народження і темна сеча. Розміри печінки і селезінки при народженні не змінені, але потім вони збільшуються, з'являються свербіння шкіри (на 2-4 місяці життя), метеоризм, у подальшому (в 5-7 місяців) розвиваються цироз печінки й ознаки портальної гіпертензії (метеоризм, спленомегалія, асцит, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка). Вміст прямого білірубину в сироватці крові постійно збільшується, досягаючи в двохмісячному віці 256,5-342,0 мкмоль/л, в сечі наявні жовчні пігменти. Порушення функції печінки і геморагічний синдром з'являються при розвитку цирозу печінки (на 5-7 місяці життя). Диференціальна діагностика таких жовтяниць можлива тільки при проведенні допоміжних досліджень: ультразвукового дослідження печінки, оперативній холангіографії, біопсії печінки та ін. Таким чином, з наведеного вище видно, що жовтяниці в період новонародженості зустрічаються часто, нерідко мають перебіг з важкими клінічними проявами і навіть закінчуються летально, а тому потребують своєчасного адекватного лікування. Ось чому в дітей з жовтяницею необхідне поглиблене діагностичне обстеження та спостереження в динаміці.