

ния и всасывания демонстрирует достаточно быструю позитивную динамику.

Сокращение отставания ДТ на фоне БГД происходит заметно медленнее, чем МТ. Отклонение ДТ у детей первой группы через 6 мес. составило  $-1,61 \pm 0,18$  SDS, через 12 мес. –  $-1,42 \pm 0,16$  SDS, через 24 мес. –  $-1,35 \pm 0,21$  SDS, а спустя 36 мес. –  $-1,17 \pm 0,25$  SDS, достоверно сократившись по сравнению с исходным уровнем ( $p < 0,05$ ).

Во второй группе у всех больных детей наблюдалась отрицательная динамика показателей ФР. В результате отклонение МТ и ДТ у больных, не приверженных БГД, составило  $-2,07 \pm 0,61$  SDS и  $-2,95 \pm 0,61$  SDS соответственно, увеличившись на 11,3 и 72,5 % по сравнению с исходным уровнем. Обращает внимание, что у некомплаентных пациентов в гораздо большей степени замедляются темпы роста, что свидетельствует о неуклонном прогрессировании серьезных гормонально-метаболических сдвигов, характерных для острого периода целиакии.

При сравнительном анализе показателей ФР у детей анализируемых групп выявлено, что среднее отклонение МТ в первой группе в 1,64 раза ( $p < 0,05$ ), а ДТ – в 2,52 раза ( $p < 0,05$ ) ниже, чем у детей второй группы.

Соматогенный нанизм (СомН), диагностируемый при отклонении ДТ более 2,0 SDS, в остром периоде заболевания выявлен у 26 (35,6 %) больных. При несоблюдении БГД частота СомН неуклонно растёт, увеличившись в 1,8 раза по сравнению с исходным значением.

**Заключение.** Приверженность больных с целиакией БГД определяет динамику их антропометрических показателей. На фоне строгого соблюдения БГД

темпы прироста МТ восстанавливаются относительно быстро, а сокращение отставания ДТ происходит лишь спустя 24–36 месяцев. Отсутствие комплайенса в соблюдении БГД резко отрицательно влияет на показатели ФР больных, увеличивая и существующее изначально отставание ДТ и МТ. Частота дефицита МТ и СомН на фоне соблюдения БГД неуклонно сокращаются, а при несоблюдении диеты – увеличиваются.

Соматометрические и соматоскопические различия между детьми с целиакией, соблюдающими и не соблюдающими диету, позволяют врачу безошибочно определять детей, не приверженных БГД.

#### Литература

1. Гастроэнтерология. Болезни детей / под ред. Л. Б. Лазебника, П. Л. Щербакова. – М.: МК, 2011. – 360 с.
2. Захарова, И. Н. Целиакия у детей: современный взгляд на проблему / И. Н. Захарова, Т. Э. Боровик, Н. А. Коровина [и др.]. – М., 2011. – 66 с.
3. Стоян, М. В. Возрастно-половая и антропометрическая характеристика детей с целиакией в Ставропольском крае / М. В. Стоян, Л. Я. Климов, В. А. Курьянинова [и др.] // Вопросы детской диетологии. – 2011. – Т. 9, № 2. – С. 77–78.
4. Целиакия у детей / под ред. С. В. Бельмера, М. О. Ревновой. – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2013. – 416 с.
5. Gass, J. Combination enzyme therapy for gastric digestion of dietary gluten in patients with celiac sprue / J. Gass, M. T. Bethune, M. Siegel [et al.] // Gastroenterology. – 2007. – Vol. 133. – P. 472–480.

#### ВЛИЯНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ СОБЛЮДЕНИЯ БЕЗГЛЮТЕНОВОЙ ДИЕТЫ НА ДИНАМИКУ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ЦЕЛИАКИЕЙ

В. А. КУРЬЯНИНОВА, М. В. СТОЯН, Л. Я. КЛИМОВ, М. А. ШЕЛЕГЕДА, Р. А. АТАНЕСЯН, Е. С. ГЕРАСИМЕНКО, М. Д. ДАГУЖИЕВА, О. С. ДАНИЛОВА, Е. В. МИЛУША

**Ключевые слова:** целиакия, дети, безглютеновая диета, физическое развитие, соматогенный нанизм

#### INFLUENCE OF THE GLUTEN-FREE DIETING ON ANTHROPOMETRIC INDICES DYNAMICS IN CHILDREN WITH CELIAC DISEASE

KURYANINOVA V. A., STOYAN M. V., KLIMOV L. Y., SHELEGEDA M. A., ATANESYAN R. A., GERASIMENKO E. S., DAGUZHIEVA M. D., DANILOVA O. S., MILUSHA E. V.

**Key words:** celiac disease, children, gluten-free diet, physical development, somatogenic nanism

© Коллектив авторов, 2013  
УДК 616.36-008.5-053.3

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ

О. В. Первишко<sup>1</sup>, В. А. Шашель<sup>1</sup>, В. Н. Петрухин<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар

<sup>2</sup>МУЗ Родильный дом, Краснодар

Первишко Олеся Валерьевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 8612681502, 89183358178; e-mail: ole-pervishko@yandex.ru

Шашель Виктория Алексеевна, заведующая кафедрой факультетской педиатрии Кубанского государственного медицинского университета; тел.: 8612681502, 89182690982; e-mail: veta.52@mail.ru

Петрухин Владимир Николаевич, заведующий отделением новорожденных № 1 МУЗ «Родильный дом» г. Краснодар; тел.: 8612684856, 89184188757

**Н**аиболее частой причиной неонатального холестаза является несоответствие между повышенной продукцией компонентов желчи и ограниченной способностью их выведения. Именно в этом периоде образуются «атипичные» желчные кислоты, имеющие на своей поверхности дополнительные гидроксильные группы, уменьшающие их токсичность, но снижающие холекинетическую активность. Эти факторы лежат в основе физиологического холестаза новорожденных.

Известно, что острая и хроническая гипоксия плода, асфиксия при рождении, тяжелая перинатальная патология (инфекции, гемодинамические нарушения, катетеризация центральных вен, полное парентеральное питание), использование гепатотоксичных препаратов и препаратов крови могут привести к формированию патологического неонатального холестаза. В его основе лежат деструктивные изменения желчевыводящих путей, нарушение проницаемости мембран гепатоцитов. При своевременном проведении антихолестатической терапии указанные нарушения обратимы [2, 3, 4].

Всё перечисленное заставляет совершенствовать подходы к прогнозированию, ранней диагностике и лечению неонатальных желтух с использованием новых более безопасных и эффективных методов [1, 3].

Цель исследования: изучить клиническую эффективность лекарственного препарата урсодезоксихолевой кислоты в комплексной терапии неонатальных желтух.

**Материал и методы.** Под наблюдением находилось 63 доношенных новорожденных, родившихся в МУЗ «Родильный дом» г. Краснодара. В раннем неонатальном периоде у всех обследуемых наблюдалась иктеричность кожи и видимых слизистых оболочек, что подтверждалось при биохимическом исследовании крови высоким уровнем общего билирубина от 225 до 295 мкмоль/л.

Все новорожденные были разделены на 2 группы: первая группа состояла из 33 детей, в программу комплексного лечения которых была включена суспензия урсодезоксихолевой кислоты (урсофальк), суспензия в дозе 10 мг/кг. При отсутствии положительного эффекта в течение 2–3 дней от начала приема препарата доза была увеличена до 30–40 мг/кг в сутки. Вторую группу составили 30 новорожденных, получавших стандартную комплексную терапию неонатальной желтухи.

Всем пациентам назначили комплексное лечение в зависимости от уровня общего билирубина в сыворотке крови. В общие принципы терапии входили энтеросорбенты (полисорб, смекта), инфузионная терапия, фототерапия (чередование 2-часового облучения ребенка с 2-часовым перерывом лампой длиной волны 425–475 нм).

При появлении клинической симптоматики у новорожденных проводился контроль общего анализа крови, биохимических показателей крови (АЛТ, АСТ, общий билирубин, прямой билирубин, общий белок, щелочная фосфатаза).

Полученные результаты подвергли статистической оценке с помощью t-критерия Стьюдента, графического и статического пакета Microsoft Excel и FoxGraph.

**Результаты и обсуждение.** Все обследованные дети были доношенными, от 1–3-й одноплодной беременности; рожденные от матерей, не имеющих факторов риска по развитию гемолитической болезни новорожденных. Течение настоящей беременности у матерей было отягощено: угрозами прерывания – у 14 (22,2 %) женщин, гестозами второй половины беременности – у 13 (20,6 %) пациенток; гинекологиче-

скими заболеваниями у 11 (17,5 %) женщин, острые респираторные инфекции в течение данной беременности перенесли 22 (34,9 %) женщины, обострение хронических заболеваний (хронический тонзиллит, хронический пиелонефрит) отмечалось у 15 (23,8 %) пациенток.

Роды путем операции кесарева сечения закончились у 28 (44,4 %) женщин, факт родостимуляции зафиксирован в 24 (38 %) случаях, что могло служить предпосылкой для развития гипербилирубинемии у детей.

После родов дети находились на совместном пребывании с матерями и получали грудное вскармливание.

У новорожденных, находившихся под наблюдением в двух клинических группах, на фоне проводимой терапии нормализовался билирубиновый обмен. Максимально высокие показатели общего билирубина отмечались на 2–5-е сутки от момента рождения. Соотношение прямой и непрямой фракций билирубина у всех пациентов оставалось в пределах нормальных колебаний (10–14 %), у 31 (49 %) новорожденного в обеих клинических группах уровень щелочной фосфатазы достигал  $1123 \pm 176$  Ед/л.

В ходе исследования была выявлена достоверная эффективность применяемой терапии. Так, у пациентов основной группы, получавших урсодезоксихолевую кислоту, клиническое улучшение желтухи наблюдалось на 6–9-е сутки от начала лечения, что имело лабораторное подтверждение – уровень общего билирубина снижался до  $132,32 \pm 8,71$  мкмоль/л.

Снижение билирубина во 2-й группе происходило медленнее, потребовало продолжения комплексной терапии, а нормализация общего билирубина до сходных значений с 1-й группой наступила в более поздние сроки (на 10–16-й день от начала лечения).

**Заключение.** Применение урсодезоксихолевой кислоты у доношенных новорожденных в комплексной терапии неонатальных желтух показало клиническую и биохимическую эффективность, хорошую переносимость при отсутствии побочных реакций. Назначение выбранной терапевтической тактики достоверно снижает сроки пребывания пациента в условиях родильного дома, а также обеспечивает профилактику поражения ЦНС при высоких значениях билирубина.

#### **Литература.**

1. Анастасевич, Л. А. Желтухи у новорожденных / Л. А. Анастасевич, Л. В. Симонова // Лечащий врач. – 2006. – № 10. – С. 66–71.
2. Холестаз и пути его коррекции в педиатрической практике: применение урсофалька / Ю. Т. Мухина [и др.] ; под ред. Ю. Т. Мухиной. – М. : РГМУ, 2004. – 29 с.
3. Яцык, Г. В. Эффективность препарата хофитол в терапии желтух у новорожденных / Г. В. Яцык, И. А. Беляева, Е. П. Бомбардинова // Рос. вест. перинатол. и педиатр. – 2007. – Т. 52, № 2. – С. 20–22.
4. Bezerra, J. A. Cholestatic syndromes of infancy and childhood / J. A. Bezerra, W. F. Balisteri // Semin. Gastrointest. Dis. – 2001. – Vol. 12, № 2. – P. 54–65.

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ЖЕЛТУХ**

О. В. ПЕРВИШКО, В. А. ШАШЕЛЬ,  
В. Н. ПЕТРУХИН

#### **URSODEOXYCHOLIC ACID CHEMICAL USAGE IN COMPLEX THERAPY OF NEONATAL ICTERUS**

PERVISHKO O. V., SHASHEL V. A.,  
PETRUHIN V. N.

**Ключевые слова:** новорожденные, неонатальная желтуха, гипербилирубинемия, урсофальк

**Key words:** newborn, neonatal icterus, hyperbilirubinemia, ursodeoxycholic acid