



жовтуватого знебарвлення шкіри, коли рівень білірубину в сироватці перевищує 5 г / дл [Burgos A.E., 2012].

Мета і завдання: проаналізувати фактори ризику розвитку значної гіпербілірубінемії у новонароджених дітей груп спостереження на основі анамнестичних даних, даних об'єктивного та параклінічного обстеження враховуючи важкість неонатальної жовтяниці та порівняти з даними шкали ризику – Risk Score for Neonatal Hyperbilirubinemia.

Матеріали і методи: до I групи увійшли доношені новонароджені діти, які були розділені на дві підгрупи: підгрупа IA (46 дітей) – діти, які мали середню важкість стану та підгрупа IB (23 дитини) – діти, стан яких був оцінений як важкий. II (контрольну) групу склали 72 здорових доношених новонароджених. Для достовірного аналізу виявлених факторів ризику проводилася оцінка даних з використанням програмного забезпечення Statistica, 2010, програми MedCalc (<https://www.medcalc.org/index.php>). Співвідношення шансів (OR), його стандартна похибка і 95% довірчий інтервал розраховувався по Altman, 1991. Показник $p < 0,05$ рахувався як статистично значимий.

Діти груп дослідження не мали суттєвих відмінностей за антропометричними даними та оцінкою за шкалою апгар на 1-5 хв. За результатами дослідження статистичну значущість щодо формування тяжкої гіпербілірубінемії у новонароджених мали наступні фактори: ізоімунізація за резус-фактором (19,56% та 43,47% відповідно у дітей IA та IB групи, $p < 0,05$); плацентарна дисфункція (15,21% у IA групі, порівняно з 4,17% у II групі, $p < 0,05$), вік матері, непліддя та самовільні викидні в анамнезі (15,21% у IA групі, порівняно з 1,39% у II групі, $p < 0,05$). Зазначені фактори ризику, окрім ізоімунізації за резус-фактором, є неспецифічними факторами ризику, які ускладнюють перебіг вагітності та знижують адаптаційні можливості новонародженої дитини, тим самим мають опосередкований вплив на розвиток значної гіпербілірубінемії за умов загальної важкості стану. Опрацювавши отримані дані згідно рекомендації шкали Risk Score for Neonatal Hyperbilirubinemia (Keren R, Bhutani VK, Luan X та ін. 2004), де враховуються такі чинники ризику, як: вакуум екстракція плоду, застосування окситоцину під час пологів, термін гестації та вага при народженні, спосіб вигодовування дитини, відмічено деяку тенденцію щодо збільшення ризику важкості гіпербілірубінемії за умов перинатальної патології у доношених новонароджених дітей - $13,18 \pm 3,13$ та $14,64 \pm 4,06$ балів відповідно у IA та IB групах спостереження у порівнянні з $12,08 \pm 2,4$ балів - у II контрольній групі.

Отже, визначення факторів ризику для прогнозування ризику важкої гіпербілірубінемії потребує ретельного вивчення анамнезу як з боку матері, так і новонародженої дитини, при наявності резус- або групової несумісності, для своєчасної профілактики та покращення ефективності допомоги даній категорії дітей. Відмічено тенденцію щодо збільшення ризику важкості гіпербілірубінемії за умов перинатальної патології у доношених новонароджених дітей за шкалою Risk Score for Neonatal Hyperbilirubinemia (2004) з урахуванням отриманих даних бальної оцінки факторів ризику в конкретної дитини, що обґрунтовує необхідність додаткового спостереження за наявності високого ризику для попередження її розвитку і мінімізації ускладнень.

Герасимова Я.І.

АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ СЛУХУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ ЗА УМОВ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини

Вищій навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

За даними епідеміологічних досліджень, на 1000 здорових пологів 1 дитина має вроджену глухоту; з урахуванням односторонніх і легких ступенів зниження слуху поширеність приглухуватості становить 2-3 на 1000, а в разі перебування новонародженого в палаті інтенсивної терапії цей показник зростає до 20-40 на 1000. Це на порядок вище, ніж поширеність будь-якої іншої вродженої патології, з приводу якої проводиться скринінг



новонароджених. Повноцінна слухова стимуляція в перші 6 міс. життя дитини дуже важлива для розвитку мови, оскільки в цей період відбувається дозрівання слухових нейронів в стовбурі головного мозку і утворення нервових зв'язків зі слуховий корою. Успіх у розвитку мовних навичок у дітей з вродженими вадами слуху в значній мірі залежить від термінів виявлення і включення у відповідну реабілітаційну програму.

Виявлення порушень слуху за зверненнями призводить до дуже пізньої діагностики і затримує початок сурдопедагогічної реабілітації. Стратегія аудіологічного скринінгу, заснована на аналізі чинників ризику і поведінкових реакцій дитини на звуки, яка впроваджена з 1996 року, виявилася недостатньо ефективною і достовірною, фактори ризику виявляються тільки у половині дітей з вродженою приглухуватістю. Тому для підвищення ефективності аудіологічного скринінгу у дітей необхідно застосування об'єктивних методів дослідження слуху у новонароджених.

Основними критеріями ефективності скринінгових методів є висока чутливість (ймовірність непроходження тесту при наявності порушення слуху) та специфічність (ймовірність проходження тесту в разі відсутності порушення слуху), простота і швидкість виконання дослідження, можливість проведення ефективних лікувальних і реабілітаційних заходів для виявленої патології слуху.

У якості скринінгового методу діагностики порушень слуху у новонароджених застосовується реєстрація затриманої викликаної отоакустической емісії (ЗВОАЕ) і коротколатентних слухових викликаних потенціалів (КСВП). Реєстрація ЗВОАЕ відрізняється легкістю і швидкістю проведення. Варто відзначити недостатню високу специфічність методу щодо діагностики вродженої приглухуватості, оскільки ЗВОАЕ не реєструється при порушенні звукопроведення в результаті obturacii зовнішнього слухового проходу або наявності ексудату в барабанній порожнині, що дає хибнопозитивні результати. Помилково негативні результати тесту виникають при наявності ретрокохлеарної патології, яка можлива у 10% новонароджених з тяжким порушенням слуху, а також у випадках прогресуючої приглухуватості і приглухуватості з пізніми проявами.

Реєстрація КСВП характеризується більш високою чутливістю і специфічністю в порівнянні з реєстрацією ЗВОАЕ, проте дане дослідження є більш тривалим, вимагає значного технічного забезпечення та кваліфікації персоналу, тому застосовується для верифікації приглухуватості. Модифікація КСВП - реєстрація стаціонарних СВП - поєднує переваги обох методів, але поки не отримала широкого поширення.

Універсальний аудіологічний скринінг новонароджених проводиться в два етапи. На 1-му етапі проводять реєстрацію ОАЕ, обстежують усіх новонароджених в родопомічних закладах на 3-4-й день після народження, у поліклініці на 4-6-му тижні життя обстежують дітей з позитивним результатом скринінгу («не пройшов») в пологовому будинку, а також дітей, народжених поза установ допомоги породіллі, і дітей, які пройшли скринінг, але які мають фактори ризику по приглухуватості. 2-й етап скринінгу передбачає проведення повного аудіологічного обстеження з реєстрацією КСВП в центрах реабілітації слуху (сурдологічне центри, кабінети) дітей у віці 4-6 міс, які не пройшли 1-й етап; у випадках з підтвердженою приглухуватістю необхідне формування індивідуальної реабілітаційної програми.

Таким чином, універсальний аудіологічний скринінг, впроваджений у родопомічних закладах м. Чернівці, надасть змогу покращити виявлення патології слуху, покращити рівень медичної допомоги дітям від народження.