

ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ / CASES FROM PRACTICE

УДК: 616-053.31-005.1-07-08
DOI: 10.24061/2413-4260.X.2.36.2020.10

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ГЕМОРАГІЧНОЇ
ХВОРОБИ НОВОНАРОДЖЕНОГО

Л.В. Мельничук

Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»
(м. Чернівці, Україна)

Резюме

Геморагічна хвороба новонароджених розвивається у 0,25-0,5 % новонароджених внаслідок дефіциту вітаміну К. Розрізняють ранню (в перші 24 години життя), класичну (1-7 доби життя) та пізню (2-8 тижнів життя, рідко – до 6 місяців) геморагічну хворобу новонароджених. Усі три форми обумовлені дефіцитом вітаміну К. Рання геморагічна хвороба новонароджених може розпочатись внутрішньоутробно і у дитини вже при народженні знаходять шкірні геморагії, кефалогематому чи внутрішньочерепні крововиливи. Як прояв ранньої геморагічної хвороби новонароджених можливі легеневі кровотечі, крововиливи в органи черевної порожнини (особливо часто печінку, селезінку, наднирники), мелена. Клінічними проявами пізньої геморагічної хвороби новонароджених можуть бути поширені шкірні екхімози, внутрішньочерепні крововиливи, мелена, гематемезис.

У статті наведений клінічний випадок пізньої форми геморагічної хвороби новонароджених, який успішно пролікований пероральною формою вітаміна К₁.

Ключові слова: новонароджений; геморагічна хвороба новонародженого; вітамін К₁.

Геморагічна хвороба новонароджених (ГрХН) розвивається у 0,25-0,5% новонароджених внаслідок дефіциту вітаміну К. Розрізняють ранню (в перші 24 години життя), класичну (1-7 доби життя) та пізню (2-8 тижнів життя, рідко – до 6 місяців) ГрХН. Усі три форми обумовлені дефіцитом вітаміну К. При дефіциті вітаміну К у печінці утворюються неактивні – II, VII, IX та X-фактори (Protein induced by vitamin K-absence – PIVKA), які не здатні зв'язувати Ca⁺⁺ та повноцінно брати участь у згортанні крові. Вітамін К дуже погано проходить скрізь плаценту й рівні його у пуповинній крові завжди нижче, ніж у матері. При цьому нерідко виявляються діти з практично нульовим рівнем вітаміну К[4]. Факторами, що сприяють К-гіповітамінозу, є: призначення матері антикоагулянтів непрямої дії (група неодикумарину), антисудомних препаратів (фенобарбітал, діфенін та ін.), великих доз антибіотиків широкого спектру дії, гестоз на фоні низького синтезу естрогенів (добова екскреція естрогенів з сечею менш за 10 мг), гепато- та ентеропатія у матері, недоношеність. В організм людини вітамін К поступає у вигляді філохінолона – вітамін К1, що міститься у рослинній їжі. Мінімальна добова потреба у вітаміні К1 – 2 мкг/кг. Крім цього, мікрофлора кишечника синтезує менахінон – вітаміні К2, але у дорослих він є мінімальним чи зовсім не всмоктується з кишечника, тоді як у дітей всмоктується і є важливим джерелом вітаміну К для організму. Тому у новонароджених та грудних дітей діарея, прийом антибіотиків широкого спектру дії, особливо цефалоспоринів III покоління, що пригнічують мікрофлору кишечника, може викликати дефіцит вітаміну К та геморагії. У молозиві та жіночому молоці вітаміну К1 міститься, у середньому, 2 мкг/л, тоді як у коров'ячому, у середньому, 5 мкг/л. Становлення мікрофлори кишечника впродовж першого тижня життя проходить поступово і пер-

ші доби життя синтез нею вітаміну К2 недостатньо активний. З іншого боку, ще в 50-ті роки було встановлено, що ГрХН розвивається частіше у дітей, що знаходяться на природному вигодовуванні, ніж у дітей на штучному вигодовуванні[1,2,5].

Рання ГрХН може розпочатись внутрішньоутробно, і у дитини вже при народженні знаходять шкірні геморагії, кефалогематому чи внутрішньочерепні крововиливи. Шкірний геморагічний синдром може бути особливо вираженим в передлежачій частині (сідниці, крововиливи під апоневроз та ін.), на місці накладання електродів при моніторному спостереженні. Як прояв ранньої ГрХН можливі легеневі кровотечі, крововиливи в органи черевної порожнини (особливо часто печінку, селезінку, наднирники), мелена. Типові мелена та криваве блювання (гематемезис), можуть бути шкірні геморагії (екхімози, петехії), кровотечі при відпадінні залишку пуповини чи у хлопчиків після обрізання крайньої плоті, носові кровотечі, кефалогематоми, крововиливи під апоневроз. У дітей з важкою гіпоксією, пологовими травмами дефіцит вітаміну К може проявлятися у вигляді внутрішньочерепних крововиливів, а також внутрішніх гематом чи легеневих та інших кровотеч[1,5].

Мелена – кишкова кровотеча, діагностується при знаходженні на пелюшці навколо калових мас рожевого обідка. Мелена може супроводжуватись і кривавим блюванням. Причина мелени – утворення невеликих виразок на слизовій оболонці шлунку та дванадцятипалої кишки, в генезі яких основну роль відіграє надлишок у новонароджених глюкокортикоїдів як результат пологового стресу, ішемія шлунку та кишки. Окрему роль в походженні мелени та кривавого блювання грають підвищена кислотність шлункового соку, рефлюкс та пептичний езофагіт. Мелену у дітей першої доби життя необхідно диференціювати від “синдрому проковтнутої крові”

матері, який буває в одного з трьох дітей, що мають в першій день кров у калі. Провокуючими факторами для клінічного виявлення чи навіть розвитку пізньої ГрХН можуть бути: діарея з мальабсорбцією жирів, що триває більше 1 тижня, атрезія жовчовивідних протоків, гепатит та інші види холестатичних жовтяниць, кістофіброз підшлункової залози, масивна антибіотикотерапія з використанням препаратів широкого спектру дії, дефіцит альфа-1-антитрипсину. Клінічними проявами пізньої ГрХН можуть бути поширені шкірні екхімози, внутрішньочерепні крововиливи, мелена, гематемезис[2,3].

Первинне обстеження новонародженого з геморагічними розладами повинно включати протромбіновий час (ПТЧ), активований частковий тромбопластиновий час (аЧТЧ), рівень фібриногену та кількість тромбоцитів. У дітей із дефіцитом вітаміну К у крові визначається подовжений ПТЧ при нормальній кількості тромбоцитів та фібриногену. Подовжений протромбіновий час, як правило, є першим результатом лабораторного визначення, що вказує на недостатній рівень у крові вітаміну К, однак підтвердити діагноз за допомогою цього визначення неможливо[3,4].

Навожу клінічний випадок дитини 2 місяців, батьки якої звернулися на консультацію. Дівчинка народилась від першої фізіологічної вагітності. Вага при народженні 3500, довжина тіла 54 см. Дитина при народженні здорова. В пологовому будинку проведено профілактику ГрХН вітаміном К1 в дозі 1 мг. Проведено щеплення БЦЖ та проти гепатиту В. Дитина на виключно грудному вигодовуванні. Звернулись на консультацію у віці 2 місяців із скаргами на «домішки крові» в ступі. З анамнезу хвороби стало відомо, що прояви хвороби з'явилися в місячному віці. Дитина була консультована хірургом: «даних за поліп кишечника не знайдено». В подальшому консультова-

на гастроентерологом. Проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: змін не виявлено. Копрограма: слиз ++; лейкоцити 4-5 в п/зору; нейтральний жир +; мікробна флора +++. Бактеріологічне дослідження вмісту кишечника на патогенну флору: негативне. Гастроентерологом встановлено діагноз: транзиторна лактазна недостатність, призначено «мамолак», курс пробіотика. Однак, позитивна динаміка відсутня.

При огляді дитини в 2 місяці встановлено: фізичний розвиток середній, пропорційний, психомоторний розвиток відповідає календарному віку. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. Тургор збережений. Тони серця ритмічні, звучні. Над легеньми пуерильне дихання. Печінка селезінка не пальпуються. Стілець рідкий, з кров'янистим вмістом (рис.1).

Дитині було призначено загальний аналіз крові, результати наведені в таблиці 1

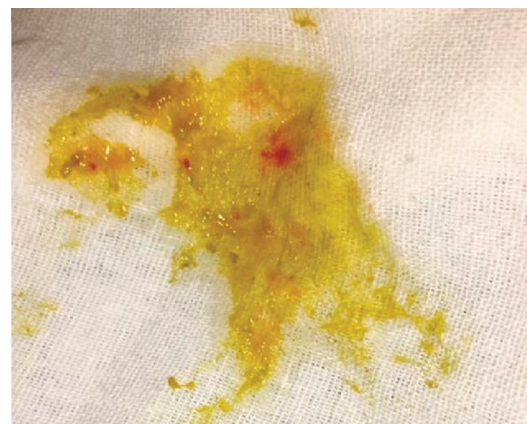


Рис. 1. (Фото)

Таблиця 1

Результати обстеження

Дата	Нь г/л	Еритроцити Г/л	Лейкоцити Т/л	Гематокрит	Нейтрофіли %	Еозиніфіли %	Базофіли %	Лімфоцити %	Моноцити %	Тромбоцити 10x9	ШОЕ мм/год	Трив. кровотечі (хв.)
12.08.19	117	3,57	10,65	32,1	26,0	14,7	0,8	51,7	6,8	511	3	2
05.09.19	128	4,7	11,27	34,8	46,4	-	-	48,8	4,8	580	2	2

Був встановлений діагноз: геморагічна хвороба новонародженого, пізня форма. Призначено: 1. Вітамін К1 по 2 мг щоденно 14 діб, потім 1 раз на тиждень впродовж місяця. 2. Аскорутин по 0,25 т. тричі на добу 14 діб.

На фоні прийому вітаміну К1 динаміка захворювання позитивна, через тиждень лікування стілець вже не містив кров'янистих домішків. Загальний стан дитини задовільний. Дитина на грудному вигодовуванні, набирає у вазі.

Таким чином, наведений приклад свідчить про можливість проявів геморагічної хвороби новонародженого в постнеонатальному віці. З вересня 2019 року асоціація неонатологів України рекомендує

профілактику геморічної хвороби новонародженого здійснювати призначенням пероральної форми вітаміну К1 у дозі 1 мг щотижня дітям до 3 місяців. Превентивне призначення вітаміну К1 зменшить можливість розвитку пізніх форм ГрХН у дітей.

Джерела фінансування. Стаття опублікована без будь-якої фінансової підтримки.

Конфлікт інтересів. Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

Дослідження схвалено Комісією з питань біомедичної етики Буковинського державного медичного університету.

Література

1. Знаменська ТК, редактор. Неонатологія: навчальний посібник. Київ: Асоціація неонатологів України; 2012. Глава 22; с. 375-97.
2. Лобанов АИ, Лобанова ОГ. Геморрагическая болезнь новорожденных с поздним дебютом. Вопросы современной педиатрии. 2011;10(1):167-71.
3. Мавропуло Т. Геморагічна хвороба новонароджених: практичні питання. Кровотечі, асоційовані з дефіцитом вітаміну К. З турботою про дитину. 2018;3:10-14.
4. Третьякова ОС. Особенности системы гемостаза в неонатальном периоде. Дитячий лікар [Інтернет]. 2011[цитовано 2020 Лют 21];1(8):26-34. Доступно на: <https://d-l.com.ua/ru-issue-article-101>
5. Шунько ЄЄ, редактор. Неонатологія: національний підручник. Т 1. Київ; 2014. Розділ 4.7, Яценко ЮБ, Пясецька НМ. Фізіологія та патологія системи гемостазу новонароджених; с. 690-749.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО

Л.В. Мельничук

Буковинский государственный
медицинский университет
(г. Черновцы, Украина)

CLINICAL CASE OF HEMORRHAGIC DISEASE IN NEWBORN

L.V. Melnychuk

Bukovinian State
Medical University
(Chernivtsi, Ukraine)

Резюме

Геморрагическая болезнь новорожденных развивается у 0,25-0,5% новорожденных вследствие дефицита витамина К. Различают раннюю (в первые 24 часа жизни), классическую (1-7 день жизни) и позднюю (2-8 недель жизни, редко – до 6 месяцев) формы геморрагической болезни новорожденных. Все три формы обусловлены дефицитом витамина К. Ранняя геморрагическая болезнь новорожденных может начинаться внутриутробно, и у ребенка уже при рождении находят кожные геморагии, кефалогематому или внутричерепные кровоизлияния. Как проявление ранней геморрагической болезни новорожденных могут встречаться легочные кровотечения, кровоизлияния в органы брюшной полости (особенно часто печень, селезенку, надпочечники), мелена. Клиническими проявлениями поздней формы геморрагической болезни новорожденных могут быть кожные экхимозы, внутричерепные кровоизлияния, мелена, гематемезис.

В статье наведен клинический случай поздней формы геморрагической болезни новорожденных, который успешно пролечен пероральной формой витамина К₁.

Ключевые слова: новорожденный; геморрагическая болезнь новорожденного; витамин К₁.

Summary

Newborn hemorrhagic disease develops in 0.25-0.5% of newborns due to vitamin K deficiency. Newborn hemorrhagic disease can be early (in the first 24 hours of life), classical (1-7 days of life) and late (2-8 weeks of life, rarely - up to 6 months.). All three forms are caused by deficiency of vitamin K. Early newborn hemorrhagic disease can start prenatally, and a baby has skin hemorrhages, cephalohematomas, or intracranial hemorrhages at birth. As a manifestation of early newborn hemorrhagic disease, pulmonary hemorrhage, hemorrhage in the abdominal organs (especially often the liver, spleen, adrenal glands), and grinding are possible. Clinical manifestations of late newborn hemorrhagic disease can be widespread cutaneous ecchymosis, intracranial hemorrhage, mellitus, hematemesis.

A clinical case of a late form of newborn hemorrhagic disease, which has been successfully treated with the oral form of vitamin K₁, is given in the article.

Keywords: Newborn; Newborn Hemorrhagic Disease, Vitamin K₁.

Контактна інформація:

Мельничук Лариса Василівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри сімейної медицини Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», головний педіатр Управління охорони здоров'я м. Чернівці.

Контактна адреса: Театральна площа, 2, м. Чернівці, 58002, Україна.

Контактний телефон: +38(050) 5192814.

e-mail: lora@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9954-745X>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/C-6949-2017>

Контактная информация:

Мельничук Лариса Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры семейной медицины Высшего государственного учебного заведения Украины «Буковинский государственный медицинский университет», главный педиатр Управления охраны здоровья г. Черновцы.

Контактный адрес: Театральная площадь, 2, Черновцы, 58002, Украина.

Контактный телефон: +38(050) 5192814.

e-mail: lora@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9954-745X>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/C-6949-2017>

Contact Information:

Melnichuk Larisa – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Family Medicine Department of Higher State Educational Establishment of Ukraine «Bukovinian State Medical University», Chief Pediatrician of Health Department Chernivtsi.

Contact address: Theatre sq., 2, Chernivtsi, 58002, Ukraine.

Phone: +38(050) 5192814.

e-mail: lora@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9954-745X>

Researcher ID: <http://www.researcherid.com/rid/C-6949-2017>