

Филенко Д. Н.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ КИШЕЧНИКА. ВОПРОС РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

*Научный руководитель ассист. Адамчук Н. Н.
Кафедра анестезиологии и интенсивной терапии*

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Актуальность. Важнейшей задачей послеоперационного периода после коррекции врожденных пороков пищеварительного тракта является скорейшее возобновление энтерального питания и минимизация парентерально вводимого объема жидкости. Парентеральное питание всегда сопряжено с дополнительной жидкостной нагрузкой, риском развития септических осложнений и не может полноценно восполнить все необходимые организму нутриенты.

Цель: оценить преимущества раннего начала энтерального кормления через дуоденальный зонд у новорожденных с врожденными пороками развития пищеварительной системы в послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Было проведено ретроспективное исследование, в котором приняли участие 21 новорожденный с хирургической патологией пищеварительной системы (атрезия пищевода, атрезия 12-перстной кишки). Гестационный возраст детей составлял 38-41 неделю. Масса тела при рождении свыше 2500 грамм. Дети I группы (n=10) получали раннее энтеральное питание через дуоденальный зонд в первые 7 суток после операции. Детям II группы (n=11) энтеральное питание проводилось после 10-х суток послеоперационного периода. Проводилась оценка количества дней, проведенных в отделении интенсивной терапии, длительность пребывания на ИВЛ, количество проведенных трансфузий в обеих группах за весь период нахождения в стационаре. Также оценивались лабораторные маркеры сепсиса и белкового обмена на 2-е и 14-е сутки послеоперационного периода. В исследовании не принимали участия дети с синдромом полиорганной недостаточности и с внутриутробным инфицированием.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что средняя длительность пребывания на ИВЛ в послеоперационном периоде у детей I группы составила 4,7 суток против 13 суток у детей II группы. Показатели красной крови и белкового обмена в обеих группах на 14 сутки практически одинаковые за счет коррекции препаратами крови в ходе интенсивной терапии. Однако дети, получающие раннее энтеральное кормление, нуждались в трансфузии препаратов крови реже, чем дети, находящиеся на парентеральном питании – $3 \pm 0,25$ против $5,2 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Количество лейкоцитов на 2-сутки в обеих группах практически одинаковое и составляет $13,5 \pm 1,67$ в I группе, $12,7 \pm 1,43$ во II группе. Но на 14-е сутки у детей II группы нарастает лейкоцитоз за счет нейтрофильного компонента, в то время как у I группы показатели лейкоцитов не изменяются – $18,2 \pm 3,42$ против $13,0 \pm 1,61$ соответственно. Прирост С-реактивного протеина на 14-е сутки в I группе отсутствует, тогда как во II группе составляет: положительный результат (≥ 6 мг/л) у 6 детей и повышенный (> 24) у 3 детей, что говорит о развитии системного воспалительного ответа. Средняя длительность пребывания в отделении интенсивной терапии у детей I группы составила $12,9 \pm 1,53$ суток, что в 3,9 раз меньше, чем у детей II группы ($51,3 \pm 11$ суток).

Выводы. Согласно полученным данным раннее энтеральное питание в послеоперационном периоде достоверно сокращает потребность в респираторной поддержке, а также препятствует развитию тяжелой анемии и гипопроотеинемии, о чем свидетельствует меньшее количество проведенных трансфузий. Дети, получающие энтеральное кормление в первые 7 суток после операции гораздо менее подвержены септическим осложнениям и могут быть переведены из отделения анестезиологии и интенсивной терапии в более короткие сроки, чем дети, длительно находящиеся на парентеральной нутритивной поддержке.