

ТЕРАПИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОГО ТЯЖЕЛОЙ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сатвалдиева Э.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр*

Ашурова Г.З.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Национальный детский медицинский центр*

Агзамова Ш.А.

*Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан*

Введение

Энтеральная недостаточность является одной из основных причин сохраняющейся эндогенной интоксикации, развития сепсиса/септического шока и полиорганной дисфункции у детей.

Цель исследования

Повысить результаты лечения септических больных путем коррекции нутритивной недостаточности ранним энтеральным питанием полуэлементными смесями с фармаконутриентами.

Материалы и методы

Проспективное исследование (n=95, средний возраст 4,7±1,9 год). В основную группу входили 45 пациентов, в контрольную – 40. Причинами развития сепсиса были кишечная непроходимость (25,2%), травматическая перфорация кишечника (31,5%) – они составляли 1 группу, перитонит (42,1%) – 2 группа. В 1-й группе больных, через 24 часа после операции назначали парентеральное питание (35-50 ккал/кг/сут). По мере восстановления функций ЖКТ, поэтапно переходили (3-4 сутки) на энтеральные полуэлементные смеси на основе средних пептидов (50-200 мл), со скоростью 25 мл/ч через перфузор (Альфаре, Пепти-Юниор). С 4-х суток постепенное увеличение концентрации смеси и объема (1-2 ккал/мл). К 5-6 суткам нутритивную терапию осуществляли только энтеральным зондовым путем. Во 2 группе – пациенты находились на полном ПП по системе «все-в-одном». С 6-7 суток подключали самостоятельное энтеральное питание стандартными смесями.

С целью оценки эффективности проводимой нутритивной терапии были использованы клиничко-биохимические методы, мониторинг параметров гемодинамики, дыхания, сатурации крови, волеии, метаболизма.

Результаты и их обсуждение

Результаты исследования показали степень тяжести метаболических и нутритивных расстройств, а также эффективность их коррекции в зависимости от вида лечебного клинического питания. У пациентов обеих групп на увеличение потерь белка указывала гипопроотеинемия (уровень общего белка 42-55 г/л). О нарастании интоксикации свидетельствовали высокий лейкоцитоз (до $12-23 \cdot 10^9$ /л лейкоцитов) со сдвигом формулы влево, уровень прокальцитонина (ПКТ > 1,0 нг/л). У пациентов 1 группы, благодаря проведению смешанного парентерально-энтерального питания, с ранним переходом на полное энтеральное питание обеспечивали потребности больных в нутриентах в соответствии с состоянием нутритивного статуса. Практически к 3-4 суткам после операции у 61,7% пациентов появлялась перистальтика, а у 41,1% – стул. Смешанное парентеральное и энтеральное питание, раннее энтеральное питание полуэлементной фармаконутриентной смесью позволило добиться стабилизации метаболизма и снижения интоксикации к 4-5 суткам ИТ послеоперационного периода.

У пациентов контрольной группы сохранялся парез кишечника и выделялось по зонду умеренное застойное содержимое до 5-6 суток, что говорило о сохраняющемся синдроме кишечной недостаточности. Показатели интоксикации также снижались позднее, к 7 дню послеоперационного периода.

Выводы

1. В условиях синдрома кишечной недостаточности, использование смесей, содержащих, средне-цепочечные триглицериды в ЭП является наиболее показанным. Полуэлементная смесь не требует для усвоения гидролиза в пищеварительном тракте. Основные питательные вещества в ней представлены в виде гидролизата сывороточных белков (средние и малые пептиды), что является важным при недостаточности ферментативного гидролиза полимеров в тонкой кишке, возникающего при синдроме кишечной недостаточности.

2. Активная хирургическая санация очага в сочетании с нутритивной поддержкой с ранним включением полуэлементной питательной смеси способствуют улучшению результатов лечения сепсиса у детей. Летальность составила в 1-й группе – 8,8%, во 2 группе 12,5%.

Библиографические ссылки:

1. Хайдаров, М. Б., Маматкулов, И., Зокирова, Н. З., & Толипов, М. (2022). Осложнения инфузионной терапии в реанимации и интенсивной терапии. in Library, 22(1), 120-125.

2. Маматкулов, И., Юсупов, А. С., Сатвалдиева, Э., Талипов, М., & Омонов, С. К. (2022). Изменения центральной гемодинамики при



хирургическом лечении глаукомы у детей в условиях комбинированного наркоза. in Library, 22(4), 1269-1272.

3. Satvaldieva, E. A., Fayziev, O. Y., Ashurova, G. Z., Shakarova, M. U., & Ismailova, M. U. (2022). Criteria for choosing antibiotic therapy for surgical sepsis in children. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 12(2), 145-156.

4. Ходжанов, И. Ю., et al. "Применение фармакологической терапии для улучшения результатов оперативного лечения детей с врожденной воронкообразной деформацией грудной клетки." Вопросы реконструктивной и пластической хирургии 22.4 (2019): 65-73.

5. Абидова, З. М., Ш. Ш. Шорахмедов, and Д. Алимжанов. "Флуконазол в комплексной терапии микозов стоп." Успехи медицинской микологии 11 (2013): 118-119.

6. Сатвалдиева, Эльмира, Мехри Шакарова, and Махфуза Исмаилова. "Клинические аспекты трансплантации почки у детей с позиции анестезиолога-реаниматолога." in Library 22.2 (2022): 59-62.

7. Ашурова, Г. З., et al. "Сравнение эффективности энтерального и парентерального питания при белково-энергетической недостаточности." in Library 22.1 (2022): 38-38.