



свищах, тогда как в наших случаях свищ был ректо-везибулярный или ректовагинальный.

Отдаленные результаты обнадеживающие. Каломазание отмечено у 5 детей и связано с излишней травмой сфинктерного аппарата прямой кишки в начале становления методики.

Таким образом, передняя аноректопластика с экстирпацией свища и низведением передней стенки прямой кишки, по нашему мнению, является наиболее патогенетически обоснованной, вследствие которой получили наилучшие клинические результаты.

## Литература:

1. Chatterjee SK, Talukder BC: Double termination of the alimentary tract – a second look. J. Pediatr Surg 1980; 15:623-627
2. Tsushida Y, Saito S, Honna T et al: Double termination of the alimentary tract in females: A report of 12 cases and literature review. J. Pediatr Surg 1984; 19:292-296
3. Rintala R.J., Milder L: H-type Anorectal Malformations: Incidence and Clinical Characteristics. J. Pediatr Surg 1996; 31: 559-562
4. Ленюшкин А.И.: Хирургическая колопроктология детского возраста:Руководство для врачей. Москва, Медицина, 1999, 399с.
5. Kulshrestha S, Kulshrestha M et al: Management of congenital and acquired H-type anorectal fistulae in girls by anterior sagittal anorectovaginoplasty. J. Pediatr Surg 1998; 33:1224-1228

## ПРИМЕНЕНИЕ РАННЕГО ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ С АНОРЕКТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

**Д.К. Саудабаева**

Научный центр педиатрии и детской хирургии Минздрава Республики Казахстан, г.Алматы

Проблема хирургической коррекции аноректальных пороков развития у новорожденных детей является одной из сложных в детской хирургии.

В достигнутых успехах в хирургическом лечении аноректальных пороков немаловажную роль играет энтеральное питание новорожденных в послеоперационном периоде [1].

Достаточное потребление нутриентов во время заболевания в раннем постнатальном периоде – абсолютно необходимый фактор, как для процесса выздоровления, так и для продолжающегося созревания тканей, органов и систем. Но не менее важно и то, что качество питания в неонатальном периоде определяет последующее развитие и здоровье ребенка, особенно недоношенного, т.е. качество его жизни [2].

В течение большей части внутриутробного периода плод заглатывает околоплодные воды, что оказывает трофический эффект на слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Доказательством этого служит тот факт, что у детей с высокой кишечной непроходимостью слизистая оболочка, расположенная ниже блока, имеет признаки гипотрофии. Поэтому при выборе питания важно учитывать состояние ЖКТ. Факторы оперативного вмешательства и стресс негативно сказываются на функции ЖКТ. Они вызывают снижение саливации и секреции в других отделах ЖКТ, нарушение мо-

торики. В отсутствии стимулирующего воздействия пищи отмечается нарушение биоценоза кишечника, атрофия слизистой тонкой и толстой кишки, нарушение функции лимфоидной ткани кишечника. Любое повреждение слизистой кишки может привести к кислородному голоданию энтероцитов и повышенной их проницаемости. Хирургические вмешательства могут вызвать усиление перистальтики, что может негативно сказываться на функции желудочно-кишечного тракта. Суммарное воздействие всех неблагоприятных факторов приводит к мальабсорбции нутриентов и нарушению барьерной функции слизистой кишки.

У тяжелых больных начальным видом коррекции питания является парентеральное питание, так как только таким методом можно обеспечить адекватное поступление необходимых пластических и энергетических материалов в условиях выраженного катаболизма [1,3,4].

При полном парентеральном питании существенное влияние на длительность и тяжесть патологического процесса оказывают как количественный состав продукта (содержание белков, жиров, углеводов и энергетическая ценность), так и качественный его состав, который при энтеральном питании включает дополнительно витамины, микроэлементы и различные другие нутриенты [4].

В практической работе наибольшие трудности на начальном этапе энтерального питания возни-



кают в первые дни послеоперационного периода. Отрицательную роль в усвоении энтерального питания играют динамические нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта. Дополнительными неблагоприятными факторами, приводящими к снижению усвоения питания, служат специфические стрессовые ситуации в отделении реанимации (боль при манипуляциях, осмотры специалистов, кормление через зонд и др.) [2,3].

Идеальным энтеральным питанием для новорожденного ребенка, по общему признанию, является грудное нативное молоко матери. Однако оно по разным причинам не всегда доступно, в связи с чем опыт искусственного вскармливания таких детей с первых дней жизни представляется необходимым. В настоящее время имеются разнообразные смеси, состав которых специально разработан для применения при различных патологических состояниях [5].

Многочисленными исследованиями доказано, что для новорожденных детей более пригодны смеси на основе сывороточных белков, а не казеина. Как и в грудном молоке, соотношение сывороточного белка и казеина в них составляет 60:40. Свойства таких продуктов особенно благоприятны для недоношенных детей: выше скорость эвакуации из желудка, увеличено количество цистеина и триптофана [2]. Сывороточные белки оказывают положительный эффект на восстановление слизистой оболочки ЖКТ, высоту ворсин, глубину крипт, чем, и обусловлено положительное влияние раннего энтерального питания на морфологическую структуру ЖКТ. Смеси на основе гидролизованных белков используют при нарушениях функции ЖКТ, поскольку они снижают нагрузку на ферментные системы ЖКТ [3,4,6].

К смесям предъявляются строгие требования, а именно легкое переваривание и всасывание в кишечнике, обеспечение оптимального соотношения калорий и белкового азота; сбалансированность по ингредиентному составу, содержанию заменимых и незаменимых нутриентов (белков, жиров, углеводов, минеральных солей и микроэлементов, витаминов в количествах, удовлетворяющих суточную потребность в них организма ребенка); низкая осмолярность, отсутствие повышенного газообразования, опасной стимуляции моторики и эвакуаторной активности толстой кишки.

Этим требованиям соответствует смесь «Нутрилон пепти ТСЦ» (Nutricia) для начала энтерального питания новорожденных с аноректальными пороками в послеоперационном периоде.

**Целью** работы явилось изучение эффективности питания новорожденных с аноректальными пороками и обоснование использования смеси-гидролизата «Нутрилон пепти ТСЦ» в послеоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Исследования были выполнены в отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных Научного Центра педиатрии и детской хирургии г. Алматы. За период с 2003 по 2010 гг. на лечении находилось 84 новорожденных с различными формами аноректальной патологии. Из них мальчиков 56 (62%), девочек 28 (38%). Масса тела при рождении от 1000г. до 2000г. была у 18

(21%) новорожденных, от 2000г. до 3000г. – у 54 (64%) и у 12 (15%) детей более 3000г.

Больные поступали в отделение реанимации в разные сроки: до 6-ти часов после рождения – 44 (52%); от 6 до 12 часов – 31 (37%); позже 12 часов – 9 (11%) детей. Основными клиническими проявлениями заболевания у всех детей были отсутствие стула, метеоризм, парез кишечника, в 35% случаях рвота кишечным содержимым. Диагноз аноректального порока подтверждался рентгенологическим исследованием. Сочетанные формы врожденной патологии диагностированы у 38 новорожденных. Из них у 23 с патологией мочеполовой системы, у 9 с патологией сердечно-сосудистой системы и у 4 с патологией опорно-двигательного аппарата. У 85% новорожденных аноректальные пороки сочетались с ишемически-геморрагическими поражениями ЦНС различной степени тяжести, инфекционно-воспалительными заболеваниями (пневмония, язвенный некротический колит, сепсис), синдромом дыхательных расстройств, на фоне задержки внутриутробного развития, гипербилирубинемией, что обусловило повышение катаболических процессов в послеоперационном периоде. Оперативное вмешательство проводилось после предоперационной подготовки в течение 18-48 часов.

С 2003 по 2005 год 30 новорожденных в послеоперационном периоде в течение 4-7-ми суток находились на полном парентеральном питании, и только на 5-7-е сутки начинали энтеральное питание, что соответственно удлиняло время нахождения в отделении реанимации до 8-14 дней.

С 2005 года у 54 новорожденных была принята тактика раннего введения энтерального кормления (с 1-2-го дня после операции) с применением смеси-гидролизата. Перед каждым очередным введением смеси оценивались остаточный объем содержимого в желудке (допустимым считалось не более 10-20% от предыдущего разового объема введения) и его качество (наличие слизи, створоженного молока). При обнаружении заброса желчи и примеси «зелени» энтеральное кормление прекращалось. Критерии эффективности энтерального введения смеси-гидролизата были определены возможностью в послеоперационном периоде раннего перевода на вскармливание грудным молоком.

Дети были разделены на 2 группы в зависимости от сроков начала энтерального питания. В первую группу вошли 54 новорожденных, энтеральное питание которых начиналось с 2-го дня после операции со смеси-гидролизата с последующим переходом на грудное молоко, во 2-ю группу – новорожденные, которые в первые 5 дней после операции получали полное парентеральное питание с последующим энтеральным введением сначала р-ра Рингера, затем на 7-9 сутки смеси-гидролизата, а после – грудного молока. Однако при хорошей переносимости смеси-гидролизата, несколько кормлений заменяли на грудное молоко, и при усвоении полностью переводили на вскармливание грудным молоком.

Результаты применения гидролизатов сывороточного белка на стадии энтерального питания представлены в таблице 1.



**Таблица 1 - Результаты применения гидролизатов сывороточного белка на начальной стадии энтерального питания**

Показатели	Группы детей	
	1 (n=54)	2 (n=30)
Первое введение гидролизата, день после операции (среднее)	1,5	6,5
Объем смеси (с)/ грудного молока (гм), мл/сут (среднее)		
на 5 день жизни (3 день после операции)	28,9(с)	-
на 7 день жизни (5 день после операции)	78,8(гм)	6,7(с)
на 10 день жизни (8 день после операции)	154,5(гм)	28,4(с)
на 15 день жизни (13 день после операции)	178,5(гм)	56,7(гм)
Переход с гидролизата на грудное молоко, день после операции (среднее)	7,5	15
Динамика массы тела, г/сут (среднее)		
на 3 день жизни (1 сутки после операции)	- 50,7	-
на 5 день жизни (3 день после операции)	- 42,7	- 134,5
на 7 день жизни (5 день после операции)	- 18,5	- 112,2
на 9 день жизни (7 день после операции)	- 9,2	- 102,6
на 11 день жизни (9 день после операции)	+3,7	- 84,4
на 13 день жизни (11 день после операции)	+9,4	- 56,7
на 15 день жизни (13 день после операции)	+12,1	- 32,9
Частота послеоперационных осложнений (в %)	12,7%	32%
Перевод из ОАРИТН в профильное отделение, койко-день (среднее)	8	13,5

Из данных таблицы следует, что энтеральное питание с помощью смеси-гидролизата удается начать в значительно более ранние сроки послеоперационного периода (1-2-е сутки после операции), а объем питания увеличивать быстрее, что позволило в 1-й группе детей переход на естественное вскармливание грудным молоком раньше, чем во второй.

В первой группе наблюдалась меньшая потеря массы тела и последующая большая и ранняя прибавка в весе, по сравнению со второй группой.

Критерием эффективности раннего начала энтерального питания являлся показатель снижения

частоты послеоперационных осложнений с 32% во 2-й группе, до 12,7% в 1-й и сокращение длительности нахождения в отделении реанимации соответственно с 13,5 до 8 койко-дней.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что смесь-гидролизат является стартовой в программе нутритивной поддержки новорожденных с аноректальными пороками в раннем послеоперационном периоде, так как способствует быстрому купированию функциональной недостаточности ЖКТ в результате операционного стресса и сопутствующей тяжелой соматической патологии.

#### Литература:

1. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Смирнов А.Н. Рабочий протокол нутритивной поддержки новорожденных детей с хирургическими заболеваниями кишечника. Вопросы практической педиатрии. 2007; 3: 33-45.
2. Софронова Л.Н., Зарецкая Ю.Б., Яшина Н.Ю. Обоснование использования смесей-гидролизатов на начальном этапе энтерального питания глубоконедоношенных детей. Вопросы прак. педиатр. 2007; 1:48-51.
3. Мухина Ю.Г., Шумилов П.В., Дубровская М.И., Цыпин Л.Е. Современные принципы нутритивной поддержки у детей в послеоперационном периоде. Педиатрия. 2006; 6:38-46.
4. Хорошилов И.Е. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию. Санкт-Петербург. 2000 г.
5. Попова Т.С., Шестопалов А.Е., Сажин Г.Ю., Круглик В.И. Энтеральное лечебное питание в комплексной терапии и профилактике заболеваний. Клиническое питание. 2003; 3: 23-25.
6. Мусселиус Ю.С., Михельсон В.А., Степаненко С.М. Нутритивная терапия у детей в периоперационном периоде. Анест. и реанимат. 2004;1:42-46