

ОСОБЕННОСТИ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В КРИТИЧЕСКОМ СОСТОЯНИИ

Попов С.В., профессор

СумГУ, кафедра семейной медицины с курсом эндокринологии

Совершенствование технологии выхаживания новорожденных остается весьма важной задачей. Это связано с высокой заболеваемостью и смертностью детей в неонатальном периоде. Разнообразные патологические состояния приводят к нарушению функции целого ряда органов и систем. Формирование полиорганной недостаточности ухудшает прогноз относительно жизни и здоровья младенца. Особое значение имеет поддержание энергетической обеспеченности новорожденного. Это представляется весьма трудной задачей, поскольку даже нижние границы норм, указанные как в протоколе МЗ Украины, так и в зарубежной и отечественной литературе достичь довольно сложно. Это может определяться, в том числе, отсутствием полного ассортимента необходимых инфузионных средств, а также и сложностью расчетов, в которых необходимо учитывать энергетическую ценность парентерально и энтерально поступающих растворов в соотношении с возрастом, массой новорожденного. В то же время недостаточность получаемых младенцем килокалорий, исходя из разнообразных данных, напрямую влияет на уровень выживаемости детей, находящихся в тяжелом состоянии.

Был проанализирован количественный состав вводимых сред новорожденным детям, находящимся в критическом состоянии с конечным выходом на уровень килокалорий на килограмм массы тела. Всего было исследовано 43 ребенка в возрасте от 1-го до 10-го дня жизни с основным диагнозом гипоксического поражения центральной нервной системы тяжелой степени, находящихся на искусственной вентиляции легких. С целью облегчения анализа энергетической обеспеченности была разработана программа, учитывающая необходимые особенности статуса новорожденного.

Полученные данные показали, что объем интенсивной терапии, питания достоверно нарастали от 1-го к 10-му дню жизни. Тем не менее, результирующий объем парентерального и энтерального введения жидкости на единицу массы тела, также испытывающий положительную динамику, был ниже стандартно рекомендованных до 4-х-5-х суток жизни. Количество килокалорий, вводимых ребенку на единицу массы тела повышалась, особенно к 8-м и 10-м суткам жизни, однако и данный параметр не достигал значений, обеспечивающих основной обмен в течение всего времени наблюдения. Энергия, получаемая энтеральным и парентеральным путем, до 8-го и 10-го дня жизни была одинаковой, но с тенденцией к увеличению за счет энтеральной в последующие дни наблюдения. Это объясняется лучшими возможностями усвоения питательной смеси по мере улучшения общего состояния. Количество получаемых на единицу массы белков, жиров и углеводов также возрастало в течение наблюдаемого периода. Более значительную динамику претерпевала величина вводимых углеводов – она достоверно изменялась уже на 3-и сутки жизни. Последнее, связано с преимущественным введением углеводов при проведении интенсивной терапии.