

Р.Ф. Тепаев^{1, 2}¹ Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Российская Федерация² Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Российская Федерация

Комментарий к статье Р.Ф. Тепаева, А.Н. Кирьяновой, Е.И. Ильичёвой «Гепатобилиарные осложнения парентерального питания у детей»

**Ведущий рубрики:****Тепаев Рустэм Фаридович,**

доктор медицинских наук,
заведующий отделением
реанимации и интенсивной терапии
с группой реанимации
и интенсивной терапии
новорожденных и недоношенных
детей ФГБУ «Научный центр
здоровья детей» РАМН,
профессор кафедры педиатрии
и детской ревматологии Первого
Московского государственного
медицинского университета
имени И.М. Сеченова

Адрес: 119991, Москва,
Ломоносовский проспект, д. 2/62,
тел.: (499) 783-27-91,
e-mail: rtepaev@inbox.ru

Уважаемые коллеги, вашему вниманию представлена статья, посвященная одному из важнейших разделов интенсивной терапии — парентеральному питанию (ПП). ПП впервые применили в педиатрии в 1968 г. у ребенка с тяжелым церебральным параличом и затруднениями приема пищи. С тех пор отмечен значительный прогресс в выживании пациентов с нутритивной недостаточностью, обусловленной различными причинами. Длительное ПП сопровождается многочисленными осложнениями, в том числе гепатобилиарными, инициатором которых является ПП-ассоциированный холестаз. В случае несвоевременной диагностики и лечения он приводит к тяжелому, жизнеугрожающему осложнению — ПП-ассоциированному заболеванию печени (ППАЗП). В соответствии с рекомендациями согласительной комиссии X Международного симпозиума «Совместные стратегии снижения летальности у пациентов с хронической кишечной недостаточностью, включая пациентов, направленных на трансплантацию тонкого кишечника», пациентов с ПП-ассоциированным заболеванием печени следует стратифицировать в зависимости от клинической картины, лабораторных данных и результатов гистологических исследований на 3 категории: тип I — ранний ППАЗП, тип II — состоявшийся ППАЗП и тип III — поздний ППАЗП (S. Beath и соавт., 2008). II и III типы заболевания ассоциируются с высокими показателями летальности. При отсутствии эффекта от профилактики и лечения ППАЗП Европейское общество по клиническому питанию и метаболизму (the European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, ESPEN) рекомендует своевременное решение вопроса о возможности трансплантации печени детям с неблагоприятным прогнозом. Критерии неблагоприятного прогноза: ПП длительностью более 3 мес, уровень билирубина более 50 мкмоль/л, тромбоцитов менее 100×10^9 /л, протромбиновое время более 15 с, парциальное тромбопластиновое время более 40 с, фиброз печени. Важно отметить, что в литературе представлена широкая дискуссия, предметом обсуждения которой является сравнительная эффективность ортотопической трансплантации печени и комбинированной трансплантации печени с кишечником. Оба метода не являются панацеей и ассоциируются с высокими показателями летальности. Кроме того, в первом случае имеет место риск рецидива заболевания при продолжении ПП, а во втором — отмечены противоречивые результаты выживаемости детей, требуются дальнейшие исследования по совершенствованию протоколов иммуносупрессивной терапии.

Проблемы донорства, в том числе юридические, высокая стоимость иммуносупрессивной терапии и операций по пересадке органов ограничивают число трансплантаций в РФ, несмотря на рост количества больных детей в листах ожидания. Рациональные ПП и сопроводительная терапия позволяют минимизировать гепатобилиарные осложнения и повысить показатели выживаемости данной категории пациентов.