

УДК 616.34-089.87-091-053.2

СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Гришечкин В. Ю.

**Научные руководители: м.м.н., старший преподаватель К. А. Кидун,
старший преподаватель С. Ю. Баранов**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

СКК является клиническим синдромом, который проявляется мальабсорбцией и характеризуется комплексом патофизиологических нарушений, развивающихся после обширной резекции тонкой, толстой или тонкой и толстой кишки [1–4]. Качество жизни у детей, после выполнения резекций кишечника, в последующем затруднено в связи с возникновением клинического синдрома, называемого синдромом короткой кишки (СКК), а также последствиями, возникающими после проведения такого рода оперативных вмешательств [1, 3, 5].

Практически у всех пациентов с СКК возникают хронические осложнения пищеварительного тракта. Основными из них являются проблема набора массы тела, заболевания печени, диарея, явления дисбиоза кишечника. Тяжесть клинических проявлений зависит от адаптационных возможностей и от протяженности оставшегося участка кишки, места резекции, наличия или отсутствия илеоцекального клапана и др. У детей адаптационные и приспособительные механизмы активизируются раньше, чем у взрослых, и имеют более выраженный динамический характер [6].

Цель

Провести ретроспективный анализ карт пациентов с синдромом короткой кишки и выявить основные лабораторные и клинические изменения у детей, необходимые для определения реабилитационных мероприятий.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 76 детей. Были изучены результаты лечения 56 пациентов в возрасте от 1 года до 16 лет, прооперированных в детском хирургическом отделении УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с 2015 по 2019 гг. Всем пациентам была выполнена резекция тонкого кишечника, в том числе 36 детям (64,3 %) — резекция подвздошной кишки, 11 (19,6 %) — резекция тощей кишки и 9 (16,07 %) — резекция подвздошной кишки и илеоцекального угла. Пациенты были разделены на 2 группы. Первую группу составили 26 детей, которые перенесли обширную (>50 см) резекцию кишечника. Вторую группу составили 30 детей, которые перенесли резекцию (от 20 до 50 см) тощей или подвздошной кишки.

Клинико-лабораторные аспекты изучались в сроки от 1 года до 10 лет после операции. У всех детей изучались данные копрограммы, биохимического анализа крови, электролитный состав крови.

Статистическая обработка результатов выполнена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 10.0. Результаты представлены в формате ($M \pm SD$), где M — средняя арифметическая, SD — стандартное отклонение. Результаты анализа считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Нозология у пациентов после операции представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Нозологическая характеристика пациентов, перенесших резекцию кишечника

Нозология	I группа (n = 26)		II группа (n = 30)	
	кол-во	%	кол-во	%
Атрезия тощей кишки	2	9,1	2	5,3
Атрезия подвздошной кишки	6	21,2	6	18,4
Заворот тонкой кишки	1	3,0	—	—
Спаечная кишечная непроходимость	9	33,3	12	42,1
Инвагинация кишечника	6	24,2	7	23,7
Кишечная непроходимость в связи с дивертикулом Меккеля	2	9,1	3	10,5

Клинические и лабораторные данные обследования пациентов, которым была выполнена резекция кишечника, сравнивали с такими же, но у 20 здоровых детей (III группа), не имеющих в анамнезе патологий желудочно-кишечного тракта.

У всех пациентов первой группы имели место клинические признаки приобретенной мальабсорбции и синдрома короткой кишки.

По результатам копрограммы в I группе наблюдалось изменение характера стула (жидкий), наличие скрытой крови и значительное увеличение количества лейкоцитов в кале отмечено у 15 (57,7 %) детей, кашицеобразный стул выявлен у 11 (42,43 %), наличие крахмала, большого количества нейтрального жира — у 19 (72,68 %), обилие слизи и явления дисбиоза определены у 22 (84,78 %) детей.

Во II группе пациентов, всего у 2 (7 %) детей не было клинических и лабораторных проявлений. Однако, стул имел кашицеобразный характер, с большим количеством зерен крахмала, у 18 (60,45 %) детей. Нейтральный жир обнаружен в 6 (21,12 %) случаях, у 24 (78,91 %) больных проявляется обильное количество слизи, а у 12 (39,52 %) детей — бактериологические признаки дисбиоза.

Анализируя данные биохимического анализа крови, у детей I группы имелось снижение уровня всех исследуемых электролитов (K, Na, Ca, P, Cl). У детей II и III групп состояние электролитного состава сыворотки крови соответствовало норме. Содержание глюкозы, общего билирубина, показатели АЛТ, АСТ во всех трех группах находились в пределах нормальных показателей. В I и II группах отмечалось снижение содержания общего белка по сравнению с III группой ($54,71 \pm 3,1$; $67,34 \pm 1,3$ и $74,02 \pm 1,3$ г/л соответственно), данные статистически значимы ($p < 0,05$). Иммунограммы (таблица 2) пациентов первой группы свидетельствуют о снижении уровня всех иммуноглобулинов по сравнению со второй и третьей группами, что указывает на развитие вторичного иммунодефицитного состояния у пациентов с СКК ($p < 0,05$).

Таблица 2 — Показатели уровня иммуноглобулинов сыворотки крови (г/л)

Иммуноглобулин сыворотки крови	I группа (n = 26)	II группа (n = 30)	III группа (n = 20)
IgA	$0,82 \pm 0,15^*$	$1,16 \pm 0,23$	$1,57 \pm 0,12$
IgM	$0,44 \pm 0,07^*$	$0,76 \pm 0,09$	$0,80 \pm 0,15$
IgG	$7,30 \pm 1,19^*$	$8,43 \pm 1,61$	$8,82 \pm 1,22$

* — Статистически значимо по сравнению со II и III группами ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, у детей, перенесших резекцию более 50 см кишечника, развивается синдром короткой кишки. У данной группы детей наблюдались лабораторные изменения в копрограмме, такие как, наличие скрытой крови и значительное увеличение количества лейкоцитов, наличие крахмала, большого количества нейтрального жира, обильное количество слизи в кале; снижение уровня K, Na, Ca, P, Cl и уровня общего белка в биохимическом анализе крови; изменение иммунограммы. Таким образом, после вы-

писки из стационара, дети с резекцией тонкой кишки более 50 см нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении педиатра, иммунолога и хирурга.

У детей, перенесших резекцию 20–50 см, отсутствует выраженная клиническая симптоматика. В 93 % случаев наблюдаются изменения в копрограмме, такие как, наличие большого количества, нейтрального жира, зерен крахмала и обильного количества слизи в кале; в биохимическом анализе крови наблюдалось снижение общего белка, что свидетельствует о синдроме мальабсорбции. Такие дети нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и коррекции нутритивного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерпулева, Ю. В. Синдром короткой кишки у детей: причины развития и основные подходы к лечению / Ю. В. Ерпулева, А. У. Лекманов, А. К. Коновалов // Анестезиология и реаниматология. — 2006. — № 1. — С. 34–42.
2. Intestinal rehabilitation of infantile onset very short bowel syndrome / M. P. Pakarinen [et al.] // J. Pediatr. Surg. — 2015. — Vol. 50. — P. 289–292.
3. The first clinical application of the spiral intestinal lengthening and tailoring (silt) in extreme short bowel syndrome / T. J. Cserni [et al.] // Gastrointest. Surg. — 2014. — Vol. 18. — P. 1852–1857.
4. Опыт применения зондового питания у детей в условиях интенсивной терапии / В. В. Курек [и др.] // Анестезиология и реаниматология. — 2000. — № 1. — С. 78–83.
5. McKeage K. Teduglutide: a guide to its use in short bowel syndrome // Clin. Drug Invest. — 2015. — Vol. 35. — P. 335–340.
6. Соломенцева, Т. А. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога / Т. А. Соломенцева // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. — № 5. — С. 121–126.

УДК 616.381-002-02«2018»

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У ПАЦИЕНТОВ ПО ДАННЫМ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНЕЙ ЗА 2018 Г.

Гришечкин В. Ю.

**Научные руководители: старший преподаватель Д. М. Адамович,
к.м.н., доцент Т. С. Угольник**

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Перитонит представляет собой системный ответ организма на контакт брюшины с патогенным агентом, который имеет фазовое течение и проявляется тяжелой эндотоксикацией, парезом кишечника, расстройствами водно-электролитного баланса, в результате чего развиваются грубые нарушения системного и регионарного кровообращения, легочного газообмена [1, 3]. Особенности строения брюшины, ее обширная площадь, а также значимость выполняемых ею функций — экссудативной, резорбтивной и барьерной — не оставляют сомнений в опасности перитонита для жизнедеятельности организма [3, 7].

Перитонит является одним из наиболее частых, тяжелых и опасных осложнений острых хирургических заболеваний и травматических повреждений органов брюшной полости. В мирное время острый перитонит является причиной 2/3 смертей при хирургических заболеваниях органов брюшной полости [2, 6]. При распространенном перитоните летальность составляет 20–30 %, резко возрастающая среди больных с терминальной стадией перитонита и достигая 50–70 % [3, 6, 7].

Цель

Изучить причины развития перитонита по данным историй болезней у пациентов хирургических отделений УЗ «Гомельская областная клиническая больница» за 2018 г. и дать характеристику пациентам.