

Такие изменения, как анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз, доминировали в общем анализе крови. В общем анализе мочи чаще встречались микрогематурия, протеинурия, цилиндрурия и фосфатурия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Прахов, А. В. Детские болезни: учеб. пособие / А. В. Прахов. — М.: НижГМА, 2014. — 495 с.
2. Сушко, Е. П. Детские болезни / Е. П. Сушко, Л. М. Тупкова, В. А. Селезнева. — М.: Выш. шк., 1988. — 963 с.
3. Шабалов, Н. П. Детские болезни. / Н. П. Шабалов. — М.: Питер, 2013. — Т. 1. — 928 с.

УДК 616.34-007.24-053.2-08

СТРУКТУРА И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ КОРОТКОГО КИШЕЧНИКА

Гришечкин В. Ю.¹, Скуратова Н. А.^{1, 2}

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Синдром короткой кишки (СКК) (код заболевания по Международной классификации болезней 10-го пересмотра: K92.1. Нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицированное в других рубриках) — симптомокомплекс, характеризующийся хронической кишечной недостаточностью вследствие врожденной или приобретенной потери длины кишечника [1].

Качество жизни у детей после выполнения резекций кишечника в последующем затруднено в связи с возникновением клинического синдрома, называемого СКК, а также последствиями, возникающими после проведения такого рода оперативных вмешательств [2, 3].

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 [4].

Цель

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

Материал и методы исследования

В исследуемую группу вошли 36 детей, которые перенесли обширную (>50 см) резекцию кишечника в возрасте от 1 года до 16 лет, прооперированных в детском хирургическом отделении УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» за период с 2015 по 2020 гг.

У всех детей изучались данные копрограммы, биохимического анализа крови, электролитный состав крови, иммунограммы.

Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 13.3. trial. Данные в тексте представлены в формате $Me (Q_1; Q_3)$, где Me — медиана, Q_1 — нижний выборочный квартиль, Q_3 —

верхний выборочный квартиль, а также формате абсолютных величин. Анализ различий частот двух групп проводился с помощью точного критерия МакНемара χ^2 . Различия между анализируемыми показателями 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 = 36)	
	кол-во	%
Некротический энтероколит	10	27,78
Атрезия подвздошной кишки	6	16,67
Заворот тонкой кишки	1	2,78
Спаечная кишечная непроходимость	7	19,44
Инвагинация кишечника	9	25
Кишечная непроходимость в связи с дивертикулом Меккеля	3	8,33

Клинические и лабораторные данные обследования пациентов, которым была выполнена резекция кишечника, сравнивали с такими же, но у 30 здоровых детей (II 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), кашицеобразный стул выявлен у 16 (44,44 %), наличие крахмала, большого количества нейтрального жира — у 27 (75 %), обилие слизи и явления дисбиоза определены у 32 (88,9 %) детей.

Иммунограммы (таблица 2) пациентов первой группы свидетельствовали о снижении уровня всех иммуноглобулинов по сравнению со второй группой, 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 = 36)	II группа (n = 30)	p
IgA	0,83 (0,71; 0,95)	1,16 (1,05; 1,22)	0,02473
IgM	0,42 (0,34; 0,5)	0,76 (0,68; 0,95)	0,03205
IgG	7,32 (6,06; 8,58)	8,43 (8,23; 8,62)	0,001782

Выводы

Таким образом, у детей, перенесших резекцию более 50 см кишечника, развивался 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; изменение иммунограммы. Таким образом, после выписки из стационара, дети с резекцией тонкой кишки более 50 см нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении педиатра, иммунолога и хирурга, а также коррекции нутритивного статуса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гришечкин, В. Ю. Синдром короткой кишки у детей [Электронный ресурс] / В. Ю. Гришечкин // Проблемы и перспективы развития современной медицины: сб. науч. ст. XII Респ. науч.-практ. конф. с международным участием студентов и молодых ученых, Гомель, 8 окт. 2020 г. : в 8 т. / Гомел. гос. мед. ун-т; А. Н. Лычиков [и др.]. — Гомель : ГомГМУ, 2020. — Т. 1. — С. 103–105. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
2. 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.
3. Соломенцева, Т. А. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога / Т. А. Соломенцева // Острые и неотложные состояния в практике врача. — 2009. — № 5.
4. Ведение детей с синдромом короткой кишки и другими формами хронической кишечной недостаточности: учеб.-метод. пособие / А. И. Чубарова [и др.]. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 144 с.