КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ У РЕБЕНКА

Чураева Степанида Николаевна, Жугель Илья Михайлович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: stepanida.churaeva@yandex.ru

Ключевые слова: синдром короткой кишки, недоношенный ребенок

Введение. Синдром короткой кишки (СКК) является следствием массивной резекции кишечника, а также эта патология может быть врожденной. Основным клиническим проявлением СКК является выраженная мальабсорбция, приводящая к стагнации роста и развития ребенка. Частота встречаемости СКК в популяции составляет 24,5 на 100 000 живорожденных, причем среди недоношенных данный показатель достигает значения 353,7. Причиной СКК — обширные резекции в исходе пороков развития кишечника, некротического энтероколита, мезентериального тромбоза, заворота кишок, протяженных инвагинаций. СКК нечасто встречается среди общей популяции, но среди недоношенных новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении риск развития некротического энтероколита, требующего резекции кишечника, значительно выше, что существенно повышает летальность у них. Основные патофизиологические изменения, происходящие после массивной резекции тонкой кишки, зависят от объема и уровня резекции. Постоянный прогресс медицины, новые методы лечения и интенсивной терапии увеличивают шансы живорождения недоношенных детей, это позволяет утверждать, что количество пациентов с высоким риском развития СКК будет увеличиваться и в будущем, что приводит к необходимости тщательного изучения терапии и профилактики состояний, возникающих на фоне СКК. Код заболевания по МКБ-10: К92.1 — нарушение всасывания после хирургического вмешательства, не классифицированное в других рубриках.

Материалы и методы. анализ истории развития ребенка с резекцией части подвздошной кишки.

Результаты. Нами был изучен клинический случай ребенка родившегося с ЭНМТ. Из анамнеза: родился путем кесарева сечения на сроке 27–28 недель весом 800 г (рост 34 см, окружность головы 24 см, окружность груди 20 см) на фоне хориоамнионита, осложненного отслойкой плаценты. Оценка по шкале Апгар 4/6 баллов. Ребенок от 4 беременности, из которых 3 предыдущие заканчивались преждевременными оперативными родами. На 5 сутки жизни новорожденного по поводу вздутия живота проведена рентгенограмма органов брюшной полости, где обнаружили избыточную пневматизацию петель кишечника, после чего перевели под наблюдение хирургов. В течение суток в виду резкого ухудшения состояния ребенка и развития абдоминальной катастрофы, обусловленной некротическим энтероколитом новорожденных, осложненным некрозом нисходящей части подвздошной кишки, диффузным перитонитом, проведено оперативное вмешательство: резекция 45 см подвздошной кишки с илеоцекальным переходом и наложением илеостомы.

Отсутствие функционирующей подвздошной и толстой кишки характеризуется: значительным повышением секреции солей и воды. Объем выделений зависит от длины оставшегося участка тонкой кишки, а электролитный состав отделяемого из стомы постоянен. Всасывание макронутриентов снижено, но коэффициент утилизации относительно постоянен для каждого пациента; характерны потери бивалентных катионов; нарушено всасывание витамина В12, образование витамина К. Изменения переваривания и всасывания тесно взаимосвязаны с изменением моторики кишечника. Как известно, в раннем послеоперационном периоде, наблюдается длительный парез кишечника. В дальнейшем отмечается ускорение времени пассажа пищевых веществ по кишечнику. Пострезекционное ускорение пассажа не означает активизации нормальной моторной активности, а лишь отражает укорочение длины кишки и активизацию перистальтики в ответ на увеличение секреции. Все это необходимо учитывать при лечении данного пациента.

Наш пациент получал энтеральным путем: смесь 115% загущения (в состав которой входили концентрат гидролизованных сывороточных белков 4–4,5 г/кг (из коровьего молока), среднецепочечные триглицериды (из кокосового и/или пальмового масел), растительные масла (подсолнечное, пальмовое масла), эмульгатор — эфир глицерина и лимонной и жирных кислот, источники минеральных веществ, рыбий жир, холина хлорид, источники витаминов, таурин, инозитол, L-Карнитин, нуклеотиды (уридина 5-монофосфат натриевая соль, цитидина 5-монофос-фат, аденозина 5-монофосфат, инозина 5-монофосфат натриевая соль, гуанозина 5-монофосфат натриевая соль); препараты железа 7,5 мг/сут, витамины А, Е по 1 кап/сут, витамин Д 2 кап/сут, витамин В12 0,77 мкг/кг. Учет патофизиологических особенностей резекции подвздошной кишки с илеоцекальным переходом необходим для проведения адекватного питания пациента, обеспечения адекватного роста и развития и защиты от возможных осложнений.

Вывод. Необходимо учитывать возможное развитие В12 дефицитного состояния, даже в отсутствии возможности лабораторной диагностики его уровня в крови у детей с обширной резекцией подвздошной кишки.

Коррекция возможная только за счет парентерального введения препаратов кобаламина. Важно учитывать патологические потери по стоме у ребенка для парентерального и энтерального восполнения потерь.

Литература:

1. Адамкин Д.Х. Стратегии питания младенцев с очень низкой массой тела при рождении. Пер. с англ. под ред. Е.Н. Байбариной // М**.** Геотар-Медиа, 2013. — 176 с.
2. Руководство по клиническому питанию. Особенности нутриционной поддержки больных в педиатрии. Глава11. Клиническое питание больных в интенсивной медицине: практическое руководство /под ред. Луфта В.М., Багненко С.Ф., издание второе, дополненное. Спб., «Арт-Экспресс», 2013–460 с., с илл.