

Особенности течения синдрома короткой кишки у детей

Т. С. ЛАЗАРЕВА, Ф. Ф. ЖВАНИЯ, Л. А. ЩЕПЛЯГИНА

ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», г. Нижний Новгород, НИИ детской гематологии, г. Москва.

УДК 616-008.6-053.2

Синдром короткой кишки — это состояние, проявляющееся нарушением всасывания (мальабсорбции), и возникающее при резекции большей части кишки при врожденных и/или приобретенных заболеваниях.

Основными причинами развития синдрома короткой кишки в педиатрической практике в 2/3 случаев является врожденная патология. У детей младшего возраста — это атрезия кишечника, врожденный дефект передней брюшной стенки (гастрошизис), заворот тонкой кишки, аганглиоз. В старшем возрасте — неспецифический язвенный колит, болезнь Крона с обширной резекцией, ишемия тонкой кишки, лучевой энтерит, кишечная непроходимость, травма кишечника. Болезнь Крона и ишемия тонкой кишки являются причинами развития синдрома короткой кишки примерно в 75% случаев.

Цель исследования: оценка состояния детей с синдромом короткой кишки в ближайшем и отдаленном пострезекционном периоде.

Объект исследования: 15 детей в возрасте от 1 мес. до 4 лет (средний возраст на момент поступления составил $5,35 \pm 2,3$ мес.), из них 9 мальчиков (60%), 6 девочек — 40%, находившихся на обследовании и лечении в ГУ «НОДКБ». Длительность наблюдения составила в среднем 27 дней.

Методы исследования: изучение историй развития детей (амбулаторная карта), объективный осмотр, динамическое наблюдение, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Врожденная патология кишечника выявлена у 8 (53,3%) детей, приобретенная — у 7 (46,7%) детей. Из врожденных причин следует отметить атрезию кишечника — 3 (37,5%) детей, гастрошизис с истинной короткой кишкой — 3 детей, муковисцидоз и болезнь Гиршпрунга в сочетании с гастрошизисом — по одному (12,5%) ребенку. Из приобретенной патологии — язвенно-некротический энтероколит — 2 (28,5%) детей, инвагинация с развитием некроза кишки — 4 (57,1%) детей, гангренозный перфоративный аппендицит — 1 (14,3%) ребенок. При первичном поступлении состояние у всех детей оценивалось как тяжелое.

У подавляющего большинства детей (66,6%) был удален проксимальный отдел тонкой кишки и в единичных случаях — подвздошная, толстая кишка, илеоцекальный угол.

Практически у всех детей имелся неблагоприятный преморбидный фон в виде наличия сопутствующей патологии: гипотрофия 2-й и 3-й степени, перинатальное поражение ЦНС, дисбактериоз кишечника — у 100% детей; анемия — в 73,3% случаев; пищевая аллергия — у 33,3%; атопический дерматит — у 46,6% больных; синдром холестаза встречался в 26,6% случаев.

Лабораторные показатели: в общем анализе крови средний уровень гемоглобина составил $95 \pm 5,5$ г/л ($p < 0,05$), что статистически значимо отличалось от здоровых детей. В биохимическом анализе крови — имело место повышение уровня цитологических аминотрансфераз АсАт до $0,87 \pm 0,8$ мккат/л ($p < 0,05$) (при норме до 0,67 мккат/л), снижение общего белка до $56,2 \pm 4,2$ г/л ($p < 0,05$), холестерина до $2,35 \pm 0,78$ ммоль/л ($p = 0,045$). В микронутриентном статусе отмечено резкое снижение Zn — $6,67 \pm 0,32$ мкмоль/л при норме более 12,8 мкмоль/л, ($p = 0,01$). По данным копроскопии нарушение процессов переваривания и всасывания в кишечнике выявлено у 100% детей, причем в 66,6% случаев наблюдалась стеаторея 2-го типа.

В динамике из 15 детей 8 находятся под постоянным наблюдением (каждые 3-6 месяцев — госпитализация, обследование, коррекция диеты и медикаментозной терапии), 2 ребенка в течение первого года умерли, 3 находятся в настоящее время в стационаре, судьба двоих детей неизвестна.

У 71,4% больных отмечалось одно из осложнений СКК — гипероксалурия. Средний уровень оксалатов в суточной моче у таких детей превосходил норму в 2,5 раза ($p = 0,01$). По сравнению с энтерооксалурическим синдромом у детей с хронической патологией кишечника, гипероксалурия у больных с пострезекционным энтеритом сохранялась, несмотря на коррекцию в диете и назначения препаратов.

Таким образом, для достижения более полной реабилитации, предупреждения осложнений больные с синдромом короткой кишки подлежат регулярной госпитализации в специализированный стационар (не реже 1 раза в 6 месяцев) и диспансерному наблюдению в амбулаторных условиях. Следует отметить, что адекватное лечение больных с СКК требует упорного совместного усилия различных специалистов: педиатров, хирургов, врачей интенсивной терапии, гастроэнтерологов, диетологов, психологов.