

Наиф А.И.

ПРОВЕДЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ У РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Научный руководитель ассист. Киган С. В.

2-я кафедра детских болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) остается одной из сложнейших, неоднозначных и не решенных до конца проблем педиатрии. Это одна из основных причин развития кишечной недостаточности (КН), которая характеризуется у детей тяжелым течением и высокой летальностью. Многочисленные исследования говорят об эффективности хирургической реконструкции тонкой кишки при лечении синдрома короткой кишки, однако не всегда технически возможно провести такого рода операции у новорожденных, в том числе маловесных, детей, особенно при синдроме ультракороткой кишки. Это требует проведения длительного полного парентерального питания (ПП). Однако, проведение длительного ПП может иметь ряд осложнений, в том числе и приводящих к летальному исходу. Из этого следует, что требуется дальнейшее углубленное изучение возможно более ранней хирургической коррекции СКК, а также возможности проведения профилактики осложнений пролонгированного парентерального питания.

Цель: описание клинического случая СКК, потребовавшего проведения длительного полного парентерального питания у пациента с болезнью Гиршпрунга.

Материалы и методы. Описание клинического случая СКК, потребовавшего проведения длительного полного ПП у ребенка с болезнью Гиршпрунга, находившегося на стационарном лечении в учреждении здравоохранения «3-я городская детская клиническая больница».

Результаты и обсуждение. Пациентка Б. – ребенок от преждевременных родов путем кесарева сечения в сроке 36 недель. На 19 сутки жизни с признаками кишечной непроходимости ребенок переведен в хирургический стационар. Выявлены признаки тотальной формы болезни Гиршпрунга. Учитывая объем поражения кишечника, неблагоприятный прогноз в отношении восстановления функций кишечника, группу риска по пролонгированному парентеральному питанию и усугублению тяжести белково-энергетической недостаточности (БЭН), неблагоприятный прогноз в отношении жизни на ближайший год, ребенок был переведен в группу паллиативной помощи. В процессе лечения ребенок получал энтеральное питание в режиме трофической поддержки, с 9 месяцев, в виду прогрессирующего ухудшения состояния – голод. Получала полное ПП с 3 месяцев под контролем биохимических показателей. По данным объективного осмотра в динамике наблюдения преобладали симптомы БЭН, с 7 месяцев жизни проявилась гепатоспленомегалия с признаками гиперспленизма. Состояние ребенка прогрессивно ухудшалось за счет проявлений полиорганной недостаточности: кишечной, печеночной, почечной, сердечно-легочной, проявлений отека легких, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Ухудшались лабораторные показатели: нарастал цитолитический, анемический, тромбоцитопенический синдромы, увеличивался уровень мочевины, нарастала протеинурия, гематурия. В 9 месяцев 15 дней наступила биологическая смерть. Пациентка постоянно находилась на стационарном лечении, на амбулаторный этап не выписывалась.

Выводы. Одна из основных причин необходимости проведения длительного полного ПП – СКК. Продленное ПП может иметь ряд осложнений, в том числе являющихся причиной летального исхода. Это требует тщательного дальнейшего изучения методов лечения СКК, в том числе у недоношенных и маловесных новорожденных детей, возможно, более ранней хирургической реконструкции тонкой кишки при СКК, а также проведения профилактики осложнений пролонгированного ПП.