

Гришечкин В. Ю.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ТОНКОЙ КИШКИ

Научные руководители: ассист. Чеченкова Е. В.¹, ст. преп. Баранов С. Ю.²

¹Кафедра педиатрии

²Кафедра хирургических болезней №2

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) является клиническим синдромом, который проявляется мальабсорбцией и характеризуется комплексом патофизиологических нарушений, развивающихся после резекции тонкого, толстого или толстого и тонкого кишечника. Качество жизни пациентов детского возраста, после выполненных резекций кишечника, в последующем затруднено в связи с возникновением клинического синдрома, называемого СКК, а также последствиями, возникающими после проведения такого рода оперативных вмешательств.

Цель: провести ретроспективный анализ стационарных карт пациентов с синдромом короткой кишки после обширной (>50 см) резекции тонкой кишки и выявить основные лабораторные изменения у детей, необходимые для определения тактики коррекции и реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы. Были изучены результаты лечения 36 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 2020 гг. Клинико-лабораторные данные, изучались в сроки от 1 года до 10 лет после операции. У всех детей изучались данные копрограммы, биохимического анализа крови, электролитный состав крови и иммунограммы.

Результаты и их обсуждение. Клинические и лабораторные данные обследования детей, которым была выполнена резекция кишечника, сравнивали с такими же, но у 35 здоровых детей (II группа), не имеющих в анамнезе патологий желудочно-кишечного тракта.

У всех пациентов в исследуемой группе имели место клинические признаки приобретенной мальабсорбции и СКК.

По результатам копрограммы у детей после обширной резекции наблюдалось изменение характера стула (жидкий), кашицеобразный стул выявлен у 16 (44,4 %), наличие крахмала, большого количества нейтрального жира – 27 (75 %), обилие слизи и явления дисбиоза определены у 32 детей (88,9 %).

Анализируя данные биохимического анализа крови, у детей имелось снижение уровня всех электролитов (К, Na, Са, Р, Cl). Содержание глюкозы, общего билирубина, показатели АЛТ и АСТ находились в пределах нормальных показателей. Отмечалось снижение содержания общего белка по сравнению с контрольной группой (55,37 [51,97;58,77] и 74,23 [72,92;75,54] г/л соответственно). Иммунограммы свидетельствуют о статистически значимом (p=0,02473) снижении всех уровней иммуноглобулинов (IgA – 0,83 [0,71;0,95]; IgM – 0,42 [0,34;0,5]; IgG – 7,32 [6,06;8,58]), что указывает на развитие вторичного иммунодефицитного состояния у детей с СКК.

Выводы. Таким образом, у детей, перенёсших резекцию более 50 см кишечника, развивается синдром короткой кишки. У данной группы детей наблюдались лабораторные изменения в копрограмме; снижение уровня электролитов и уровня общего белка в биохимическом анализе крови; изменение иммунограммы. Имеет смысл разработки тактики ведения и нутритивной поддержки детей с синдромом короткой кишки после обширной резекции тонкого кишечника.