

Тавтын Т.И., Танюкевич Я.О.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ В РЕАНИМАЦИИ

Научные руководители: ст. преп. Шматова А.А., Степанеко Н.П.

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации
и переподготовки*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск
УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница», г. Гомель*

Актуальность. Синдром короткой кишки (СКК) — симптомокомплекс, характеризующийся хронической кишечной недостаточностью вследствие врождённой или приобретённой потери длины кишечника. Наиболее частыми клиническими симптомами заболевания являются диспептические расстройства: диарея, нарушение электролитного баланса, мальабсорбция и мальдигестия, формирование элементарной белково-энергетической недостаточности, которые представляют основную проблему в работе врача-реаниматолога, в связи с повышением секреторной активности и моторики в сохранённом участке тонкой кишки, а также осмотической стимуляцией секреции воды в просвете тонкой кишки.

Цель: выявить особенности оказания медицинской помощи детям до 3-х лет с врожденным пороком развития, связанным с синдромом короткой кишки.

Материалы и методы. Проведен анализ как литературных источников на предмет этиологии, патогенеза и лечения СКК, так анализ клинического случая пациента с СКК, находившегося на лечении в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии на протяжении 12 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Пациентка М. родилась в ГУ Республиканском научно-практическом центре «Мать и дитя» в сроке 39 недель с оценкой по шкале Апгар 3 балла/ИВЛ. На 32-й недели беременности при ультразвуковом исследовании был обнаружен врождённый порок развития (ВПР) диафрагмальная грыжа. На 2-е сутки после рождения пациентка была переведена в ГУ Республиканский научно-практический центр «Детской хирургии» для проведения полостной коррекции ВПР. Через месяц после коррекции ВПР была выполнена плановая реконструктивная операция на тонкой кишке с формированием еюноилеоанастомоза «конец в конец». На 10-е сутки после наложения кишечного анастомоза была проведена релапаротомия на фоне анастомозита. В последующие 23 дня состояние пациентки оставалось тяжелым с положительной динамикой за счет прибавки в весе и редукции маркёров воспаления на фоне проводимой терапии. В возрасте двух месяцев был осуществлён перевод в УЗ «Городская детская инфекционная больница» с продолжением терапии и попытками расширения энтерального питания с продолжающимся полным парентеральным питанием (ППП). В возрасте трех месяцев пациентка была переведена в УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» (по месту жительства) с целью дальнейшего проведения ППП из которой была в последующем выписана на амбулаторный этап с рекомендациями, родители прошли обучение по налаживанию ППП на дому. На данный момент состояние девочки стабильное, проживает дома с родителями, продолжает получать частичное парантеральное питание и энтеральное питание.

Выводы.

1. Основной причиной СКК у детей до трех лет является выявление ВПР кишечника, который выявляется при внутриутробном исследовании плода.

2. Родоразрешение матерей с подозрением на ВПР у плода должен проводиться в специализированном стационаре 4-го уровня оказания медицинской помощи детям с возможностью выполнения коррекции ВПР в ранние сроки и последующим назначением комплекса реабилитации, который включает не только медикаментозное лечение, но и организацию ППП на амбулаторном этапе.