

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ. ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ПСЕВДООБСТРУКЦИЯ КИШЕЧНИКА

Богданов И.Ю.¹, Караваева С.А.², Котин А.Н.³, Попова Е.Б.¹,
Новопольцева О.Н.¹, Патрикеева Т.В.¹, Гопиенко М.А.³

¹ Детский городской многопрофильный клинический специализированный центр высоких медицинских технологий, Санкт-Петербург, Россия;

² Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

³ Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Одним из частых и тяжелых осложнений синдрома короткой кишки (СКК) у детей является рецидив персистирующей псевдообструкции кишечника (ППК) в форме тонкокишечной непроходимости, периодически возникающий на фоне декомпенсации моторики кишечника и сопровождающийся бактериальной транслокацией в кровоток. Клинически и рентгенологически это симулирует позднюю спаечную кишечную непроходимость и часто становится причиной необоснованных операций.

Цель: представить современный взгляд на причины персистирующей псевдообструкции кишечника и возможные ошибки в трактовке изменяющейся клинической картины СКК.

Материалы и методы. В настоящее время в стационаре и диспансерном отделении Детского городского многопрофильного клинического специализированного центра высоких медицинских технологий Санкт-Петербурга находится под наблюдением 17 детей с синдромом короткой кишки в возрасте от шести месяцев до 8 лет. Причиной СКК в 3 случаях был гастрошизис, у 4 — осложненная форма синдрома Ледда, у 5 — нейрональная дисплазия кишечника, у 2 — тотальный аганглиоз кишечника, у 3 детей — мекониевый перитонит.

Результаты. Адаптация к СКК достигнута у 11 детей в возрасте от 1,5 до 4,5 лет. Наибольшую сложность представляют дети с коротким — не более 25 см, и суперкоротким — менее 25 см, сегментами тонкой кишки. В настоящее время у нас 6 таких пациентов. Дети продолжают находиться на домашнем парентеральном питании, получают тедуглутид, готовятся к элонгации кишки. Одним из показаний к хирургической элонгации являются участвовавшие приступы бактериальной транслокации и кишечной псевдообструкции, а также дилатация приводящего отдела тонкой кишки. Незнание особенностей течения СКК у больных с коротким сегментом кишки привело к тому, что трое из этих детей были неоднократно прооперированы в больницах по месту жительства с подозрением на спаечную кишечную непроходимость, которая не подтвердилась.

Заключение. Результаты лечения СКК до сих пор не могут удовлетворять врачей. Продолжаются поиски новых путей. Важно помнить и считать постулатом, что персистирующая псевдообструкция кишечника у ребенка с СКК в абсолютно подавляющем числе случаев не является поводом к оперативному лечению, а требует консервативной терапии бактериальной транслокации и функционального срыва моторики короткого сегмента кишки. С другой стороны, участвовавшие приступы ППК свидетельствуют о необходимости подготовки ребенка к хирургической элонгации кишечника.

Ключевые слова: синдром короткой кишки; обширная резекция тонкой кишки; кишечная непроходимость.