

3. Матвеев О.В. Морфофункциональные особенности слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у детей при лямблиозной инвазии / О.В. Матвеев // Автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Саратов – 2013

4. Образцов А.С. Проявления глистно-протозойной инвазии у детей с острой и хронической крапивницей / А.С. Образцов, В.А. Филин, П.М. Цветков, М.И. Ушакова, М.В. Красавин // Материалы XIV Конгресса детских гастроэнтерологов России

5. Печкуров Д.В. Случай поздней диагностики диссеминированного эхинококкоза брюшной полости и малого таза у девочки 11 лет / Д.В. Печкуров, Д.В. Быков, М.А. Прилепина // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского / № 1 – 2013 – С.161–162

6. Римарчук Г.В. Принципы терапии паразитарных инвазий у детей / Г.В. Римарчук, Л.И. Васечкина, Л.П. Пелепец, Т.К. Тюрина, О.В. Москалец / Триада – 2011

7. Файзуллина Р.А. Гельминтозы в детском возрасте / Р.А. Файзуллина Р, Е.А. Самороднова, В.М. Доброквашина // Практическая медицина № 42 / 2010

8. Чилингарян Л.Б. Влияние глистной инвазии кишечника на рецидивирование токсико-аллергического кератита у детей / Л.Б. Чилингарян, Д.Ю. Майчук, И.А. Пронкин, А.Р. Григорян // Офтальмохирургия №1 / 2012

9. Юлиш Е. И. Клиника, диагностика, лечение и профилактика гельминтозов у детей / И.Е. Юлиш // Новости медицины и фармации – № 11-12 / 2011 – С. 371–372

УДК 616.34-008.13

М.А. Фомина, Г.В. Федотова, И.В. Вахлова
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С
СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ
УЧАСТКА КИШКИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ

Кафедра госпитальной педиатрии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.A. Fomina, G.V. Fedotova, I.V. Vakhlova
CLINICO - LABORATORY CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH
SHORT BOWEL SYNDROME, RESECTION SITE INTESTINE DURING
THE FIRST YEAR

Department of hospital pediatrics
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный E-mail: marioska07071993@mail.ru

Аннотация. В статье представлена сравнительная клинико-лабораторная характеристика 20 детей с врождёнными аномалиями развития кишечной трубки, перенесших оперативную коррекцию на первом году жизни

Annotation. The article presents a comparative clinical - laboratory characteristics of 20 children with congenital anomalies of the intestinal tube, underwent surgical correction of the first year of life.

Ключевые слова: синдром короткой кишки, врождённые аномалии, дети.

Keywords: short bowel syndrome, congenital anomalies, kids.

Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки за счёт сокращения её протяжённости в результате обширных резекций, проявляющихся мальабсорбцией, мальдигестией, мальнутрицией и расстройствами гомеостаза. Повышение качества выхаживания тяжелых хирургических больных с пороками развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и осложнениями некротического энтероколита, позволяют снизить послеоперационную летальность, следовательно, число пациентов с СКК неизбежно будет возрастать [1].

Летальность непосредственно при СКК варьирует от 11% до 37,5%. Основной причиной летальных исходов, независимо от лечебной тактики, являются инфекционные осложнения. Внедрением мультидисциплинарных программ лечения детей с СКК – эффективное условие снижения летальности [1].

Цель исследования – проведение сравнительного анализа клинической характеристики детей с СКК, развившегося после оперативного лечения врождённых аномалий ЖКТ.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно исследовано 20 историй болезни пациентов отделений хирургии новорождённых и раннего возраста Областной детской клинической больницы №1 г. Екатеринбурга за период 2012-2014 гг. В основную группу (1 группа) вошли 12 историй болезней оперированных детей: 8 – с основным диагнозом «Врождённый заворот/атрезия тонкой кишки», по поводу чего была выполнена резекция поражённого участка; 4 – с тотальной/субтотальной формой болезни Гиршпрунга, в связи с чем была произведена резекция зоны аганглиоза. В группу сравнения (группа 2) вошли 8 пациентов с локальными формами болезни Гиршпрунга, находившихся на консервативном лечении.

Были проанализированы генеалогический анамнез, антенатальный анамнез, антропометрические данные при рождении, результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, характер вскармливания в послеоперационном периоде.

Статистический анализ включал стандартные методы описательной и аналитической статистики. Достоверность различий между двумя группами оценивалась по критерию Фишера для непараметрических данных. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов 1 группы с врождённым заворотом тонкой кишки составил $1,0 \pm 0$ сутки; дети, оперированные по поводу болезни Гиршпрунга, были в возрасте от 1 суток до 13 месяцев. Пациенты из 2 группы, госпитализированные для динамического наблюдения и консервативной терапии, были в возрасте от 1 суток до 7 месяцев.

При анализе акушерского анамнеза матерей установлено, что отягощённый акушерско-гинекологический анамнез достоверно чаще отмечался в 1 группе, чем во 2 (соответственно 66,7% и 37,5%, $p < 0,05$). Предыдущие беременности были прерваны путём медицинского аборта у 66,7% ($n=8$) женщин 1 группы и 37,5% ($n=3$) женщин 2 группы; самопроизвольное прерывание беременности были в 8,3% ($n=1$) и 25% ($n=2$) случаях, регресс беременности – в 16,7% ($n=2$) и 12,5% ($n=1$) в группах 1 и 2 соответственно. У матерей детей 1 группы существенно чаще во время беременности встречались хроническая фетоплацентарная недостаточность (37,5%, $n=3$), анемия (50%, $n=6$), вирусная инфекция в ранние сроки (58,3%, $n=7$) ($p < 0,05$). Достоверно не различалась частота развития в 1 и 2 группе раннего и позднего гестозов, угрозы прерывания беременности.

У всех пациентов с внутриутробным заворотом порок диагностирован антенатально, средний срок выявления составил $27,25 \pm 3,24$ недель, в то время как у пациентов с болезнью Гиршпрунга диагноз поставлен в среднем на $4 \pm 1,02$ сутки жизни. У пациентов с ограниченными формами болезни Гиршпрунга срок выявления порока варьировал от 1 суток до 1 месяца.

Масса тела при рождении у детей 1 группы составила $3204,93 \pm 30,13$ г., во 2 группе – $3531,25 \pm 42,07$ г, $p < 0,05$. У пациентов 1 группы с заворотом и болезнью Гиршпрунга данный показатель достоверно различался и составил $2843,2 \pm 29,78$ г и $3566,67 \pm 31,65$ г. соответственно, $p < 0,05$. Длина тела обеих групп не имела достоверных различий ($49,89 \pm 2,18$ см в 1 группе и $52,6 \pm 2,69$ см во 2 группе).

Гестационный возраст детей 1 группы был достоверно меньше, чем у детей во второй группе ($31,91 \pm 2,21$ и $37,1 \pm 1,45$ недель, $p < 0,05$). В 1 группе недоношенность 1 степени наблюдалась в 66,7% ($n=8$), сопровождалась синдромом задержки развития плода в 33,3% ($n=4$). При этом в группе неоперированных детей недоношенность 1 степени диагностирована лишь в 12,5% ($n=1$) ($p < 0,05$). Соответственно, у детей 1 группы чаще развивались состояния, связанные с родоразрешением на более ранних сроках беременности. Респираторный дистресс синдром 1 типа с развитием дыхательной недостаточности 2-3 степени достоверно чаще наблюдался в 1 группе – 25% случаев ($n=3$), что, вероятно, обусловлено малым сроком

гестации данных детей ($p < 0,05$). Во 2 группе нарушений со стороны дыхательной системы не было. Патология органов зрения имела место быть в 25% случаев ($n=3$) группы 1, причём у 16,7% ($n=2$) – ангиопатия сетчатки, в группе риска по данному заболеванию – 8,3% ($n=1$). У детей 2 группы орган зрения не имел отклонений от нормы ($p < 0,05$). Поражение сердечно-сосудистой системы в виде функционирующего овального окна наблюдалось у 3 детей в каждой группе (25% и 37,5% соответственно) ($p > 0,05$).

В структуре сопутствующей патологии во всех группах преобладало поражение ЦНС, которое встречалось достоверно чаще у детей 1 группы – 75% ($n=9$), 50% ($n=4$) – во 2 ($p < 0,05$). При этом у 88,9% ($n=8$) детей группы 1 и 100% ($n=4$) – 2 группы перинатальное поражение ЦНС имело гипоксически-ишемический генез, течение средней степени тяжести; в 11,1% ($n=1$) ПП ЦНС протекало по типу церебральной ишемии лёгкой степени тяжести. У 44,4% детей ($n=4$) 1 группы и 50% ($n=2$) 2 группы нарушение функции ЦНС сопровождалось пирамидной недостаточностью; у 8,3% ($n=1$) детей 1 группы встречались судорожный синдром и субэпидимальные кровоизлияния.

На фоне основного заболевания желудочно-кишечного тракта энтероколит, вызванный микст-инфекцией (клостридиально-клебсиелёзной этиологии) встречался только в 1 группе - у 2 (16,7%) детей.

Висцеральные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани диагностированы в 50 % ($n=6$) случаев 1 группы и 25% ($n=2$) 2 группы ($p < 0,05$). Структура патологии мочевыделительной системы выглядела следующим образом: пиелозктазия в 33,3% ($n=4$) и 12,5% ($n=1$) из 1 и 2 группы соответственно; при этом в 1 группепиелозктазия у одного ребенка сочеталась с двусторонним пузырно-мочеточниковым рефлюксом, у одного – с удвоением почки, у 2 детей (16,7%) – с пиелонефритом. Двусторонний крипторхизм как маркёр НДСТ выявлен у 2 детей (16,7%) в 1 группе и у одного ребенка (12,5%) – во 2 группе.

В 1 группе только в одном случае была диагностирована внутриутробная цитомегаловирусная инфекция (8,3%). Во 2 группе случаи внутриутробного инфицирования выявлены не были.

По результатам общего анализа крови анемия диагностирована у 5 (41,7%) и 3 (37,5%) пациентов 1 и 2 групп соответственно, при этом средний уровень гемоглобина в 1 группе составил $114,39 \pm 9,12$ г/л, во второй группе $120,2 \pm 10,33$ г/л, эритроцитов - $3,93 \pm 2,1 \cdot 10^{12}$ /л и $3,97 \pm 3,64 \cdot 10^{12}$ /л ($p > 0,05$).

По результатам копрологического исследования косвенные признаки воспаления в виде наличия слизи и лейкоцитов в кале были обнаружены у всех обследованных детей (100%) 1 группы и трети детей (66,7%) - 2 группы; признаки мальдигестии в виде стеатореи 1 и 2 типов – в 83,3% случаев в 1 группе, в 33,3% во 2 группе.

В послеоперационном периоде дети получали вначале полное парентеральное питание с переходом на частичное парентеральное питание; начало энтерального питания в среднем было на $4,73 \pm 1,05$ сутки; объём

питания в 1 сутки составлял $13,3 \pm 4,12$ мл, при выписке объём питания достигал физиологической нормы. На грудном вскармливании с обогащением грудного молока находилось практически равное количество детей обеих групп: 33,3% (n=4) 1 группы и 37,5% (n=3) – 2. Остальные 8 (66,7%) пациентов 1 группы получали различные смеси: 16,7% (n=2) получали молочные смеси на основе цельного коровьего белка; 50% (n=6) находились на вскармливании специализированными смесями на основе гидролизованного белка. Все дети 2 группы, находившиеся на искусственном вскармливании, получали смеси на основе цельного белка. Обращает на себя внимание, что оперированные дети, получавшие смеси с нерасщеплённым цельным белком, и дети, находившиеся на грудном вскармливании, пребывали в стационаре достоверно дольше, чем дети, получавшие гидролизованные смеси ($47,09 \pm 4,16$ и $25,42 \pm 3,71$ койко-дней соответственно, $p < 0,05$). Средний койко-день в 1 группе составил $36,35 \pm 3,51$, что было существенно выше аналогичного показателя пациентов 2 группы – $21,8 \pm 4,68$, $p < 0,05$.

Выводы:

1. Врождённые пороки ЖКТ, требующие оперативного вмешательства, чаще встречаются у детей, рождённых женщинами с отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом.

2. Отмечена связь между респираторной вирусной инфекцией в ранние сроки беременности и частотой формирования аномалий ЖКТ, требующих оперативного лечения.

3. Отмечается высокая частота наличия симптомов недифференцированной дисплазии соединительной ткани у детей с врождёнными аномалиями ЖКТ. Показана связь между тяжестью порока ЖКТ и числом висцеральных проявлений синдрома НДСТ.

4. Более тяжёлые проявления синдрома мальабсорбции и мальдигестии проявляются у оперированных детей, что подтверждается результатами копрологического исследования.

5. Вскармливание детей в послеоперационном периоде молочными смесями на основе гидролизованного белка укорачивает срок нормализации весовой кривой и длительность пребывания в стационаре.

Литература:

1. Федеральные клинические рекомендации Лечение детей с синдромом короткой кишки // Российская ассоциация детских хирургов / 2014

УДК 616-053.3.833:001.8

Н.У. Хайдарова
КОМПОНЕНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПОСТГИПОКСИЧЕСКИХ
ОСЛОЖНЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ
Кафедра педиатрии и неонатологии