

# ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Чартаков Д.К. к.м.н. доцент кафедры  
патологической анатомии  
Андижанский Государственный  
Медицинский институт

**Аннотация:** Синдром короткой кишки (СКК), возникающий после обширных резекций тонкой кишки, является основной причиной развития кишечной недостаточности у детей. СКК – это мультисистемное состояние, вызванное субоптимальной абсорбцией нутриентов, воды и электролитов вследствие недостаточной длины тонкой кишки. СКК чаще всего возникает у новорожденных вследствие некротического энтероколита или заворота кишечника, а также при наличии врожденной патологии (атрезия тонкой кишки, внутриутробный заворот, заворот средней кишки, мальротации, «исчезающий» гастрошизис, аганглиоз с вовлечением большей части тонкой кишки). СКК – патология, требующая мультидисциплинарного лечения, где хирургическое лечение имеет достаточно большое значение. Представлены основные методы хирургического лечения детей с СКК – аутогенная реконструкция тонкой кишки и трансплантация кишки. Рассмотрены технические аспекты различных методов удлинения тонкой кишки, их результаты и осложнения.

**Ключевые слова:** синдром короткой кишки, хирургическое лечение, аутогенная реконструкция кишки, трансплантация

**Anotation:** Short bowel syndrome (SBS) that arises after extensive intestine resection is the main cause of intestinal failure development in children. SBS it is a multisystemic condition provoked by the suboptimal absorption of nutrients as a result of insufficient length of small intestine. The majority of SBS occurs in

neonates due to acquired pathology, such as necrotizing enterocolitis or intestine volvulus, or congenital malformations (intestinal atresia, intrauterine volvulus, malrotation, vanishing gastroschisis, and aganglionosis involving major parts of the small intestine). SBS – is the pathology that requires the multidisciplinary management, where surgery has a significant role. The main methods of the surgical management of SBS in children are the autogenous intestinal reconstruction and intestinal transplantation. Considered the technical aspects of the various methods of intestine lengthening, its results, and complications.

**Keywords:** short bowel syndrome, surgery management, autogenous intestinal reconstructions, transplantation.

Термин «синдром короткой кишки» большинством авторов определяется как состояние с выраженной мальабсорбцией и мальдигестией, требующее длительного периода парентерального питания целью обеспечения нормального роста и развития, предупреждения дегидратации, восполнения электролитов, витаминов и микроэлементов синдром короткой кишки (СКК), возникающий после обширных резекций тонкой кишки, является основной причиной развития кишечной недостаточности у детей. СКК – это мультисистемное состояние, вызванное субоптимальной абсорбцией нутриентов, воды и электролитов вследствие недостаточной длины тонкой кишки. Частота развития СКК, по данным одних авторов, колеблется от 3 до 5 случаев на 100 тыс. новорожденных а по другим данным – составляет 24,5 на 100 тыс. с преобладанием недоношенных новорожденных и сопровождается существенным снижением качества жизни и многочисленными осложнениями. Летальность при СКК у детей достаточно высокая от 11 до 27%, а у новорожденных достигает 37,5%. Расходы на лечение детей с СКК и кишечной недостаточностью составляют тыс. долларов США в течение первого года и около 300 тыс. долларов в последующем. Такая разница в расходах обусловлена длительностью первичной госпитализации и частотой повторных госпитализаций. СКК чаще всего возникает у новорожденных и практически у 50% из них это

обусловлено приобретенной патологией (некротический энтероколит или заворот), сопровождающейся обширным некротическим процессом и, соответственно, обширными резекциями кишки. Вторую группу составляют новорожденные с врожденной патологией, такой как атрезия тонкой кишки, особенно тип III б, внутриутробный заворот, заворот средней кишки, мальротации, «исчезающий» гастрошизис аганглиоз с вовлечением большей части тонкой кишки. Отдельную группу составляют новорожденные с так называемой врожденной короткой кишкой, являющейся следствием генетических нарушений в зародыше тонкой кишки. В 2007 г. L. Rossi с соавторами предложили классификацию СКК у детей, основанную на длине оставшейся кишки. Кроме того, выделяют три анатомических типа СКК позволяющие оценить длину оставшейся тонкой кишки, наличие/отсутствие баугиниевой заслонки и, как следствие, возможность прогнозирования клинического течения СККТ и характеризуется наиболее тяжелым течением, с высокой вероятностью неблагоприятного прогноза, а типы II и III – под острым или хроническим течением соответственно и благоприятным прогнозом. Длина тонкой кишки имеет важное функциональное и прогностическое значение для пациентов с СКК. Вопрос длины тонкой кишки, необходимой для обеспечения адекватной абсорбции, является дискуссионным. Считается, что длина оставшейся тонкой кишки более 40 см, сохраненные баугиниевая заслонка и толстая кишка повышают шансы на достижение функциональной энтеральной независимости. Наличие баугиниевой заслонки способствует пролонгации времени кишечного транзита а у детей с оставшейся тонкой кишкой, длиной менее 15 см, ее наличие является решающим фактором для послеоперационной адаптации. У детей с СКК адаптация кишки является процессом перестроадаптация это постоянный процесс, начинающийся в первые 24–48 часов после резекции кишки и продолжающийся в течение 4–24 месяцев после удаления кишки, а для полного его завершения необходимы годы таким образом, несмотря.

## Литературы:

1. Alican F., Hardy J.D., Cayirli M., Varner J.E., Moynihan P.C., Turner M.D., Anas P. (1971)
2. Intestinal transplantation: laboratory experience and report of a clinical case. *Am. J. Surg.*, vol. 121, no 2, pp. 150–159 Capriati T., Giorgio D., Fusaro F., Candusso M., Schingo P., Caldaro T., Laureti F., Elia D., Diamanti A. (2017)
3. Pediatric short bowel syndrome: predicting four-year outcome after massive neonatal resection. *Eur. J. Pediatr. Surg.*, doi: 10.1055/s00371604113. Demehri F.R., Stephens L., Herrman E., West B., Mehringer A., Arnold M.A., Brown P.I., Teitelbaum D.H. (2015)
4. Enteral autonomy in pediatric short bowel syndrome: predictive factors 1 year after diagnosis. *J. Pediatr. Surg.*, vol. 50, no 1, pp. 131–135 e Legge M., Alsolaiman M.M., Barbour E., Bassas S., Siddiqi M.F., Moore N.M. (2007)
5. Short bowel syndrome: parenteral nutrition versus intestinal transplantation. Where are we today? *Dig. Dis. Sci.*, vol. 52, no 4, pp. 876–89 Höllwarth M.E. (2017)
6. Surgical strategies in short bowel syndrome. *Pediatr. Surg. Int.*, vol. 33, no 4, pp. 413–419 Hosie S., Loff S., Wirth H., Rapp H.J., von Buch C., Waag K.L. (2006)
7. Experience of 49 longitudinal intestinal lengthening procedures for short bowel syndrome. *Eur. J. Pediatr. Surg.*, vol. 16, no 3, pp. 171–

175Schalamon J., Schober P.H., Gallippi P., Matthyssens L., Höllwarth M.E. (1990)

8. Congenital short bowel: a case study and review of the literature. Eur. J.Pediatr. Surg., vol. 2, no 4, pp. 248250