



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Синдром короткой кишки у детей

МКБ 10: **K92.1**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016 (пересмотр каждые 3 года)**

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российская ассоциация детских хирургов**

Утверждены

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

— _____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений	4
Термины и определения	5
Раздел 1 - Краткая информация	
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	9
1.4 Кодирование по МКБ 10	9
1.5 Классификация	10
Раздел 2 - Диагностика	
2.1 Жалобы и анамнез	11
2.2 Физикальное обследование	11
2.3 Лабораторная диагностика	11
2.4 Инструментальная диагностика	13
Раздел 3 Лечение	14
3.1 Консервативное лечение	15
3.2 Хирургическое лечение	25
3.3 Иное лечение	29
Раздел 4 Реабилитация	31
Раздел 5 Профилактика и диспансерное наблюдение	32
Раздел Критерии оценки качества медицинской помощи	33
Список литературы	34
Приложение А1- состав рабочей группы	39
Приложение А2 – методология разработки клинических рекомендаций	40
Приложение Б – алгоритмы ведения пациента	42
Приложение В – информация для пациента	43

Ключевые слова

- Синдром короткой кишки.

Список сокращений

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

ИВЛ – искусственная вентиляция легких

ОА – острый аппендицит

ППП - полное парентеральное питание

СКК – синдром короткой кишки

СОЭ – скорость оседание эритроцитов

УЗИ – ультразвуковое исследование

Термины и определения

Заблевание – возникающее в связи с воздействием патогенных факторов нарушение деятельности организма, работоспособности, способности адаптироваться к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды при одновременном изменении защитно-компенсаторных и защитно-приспособительных реакций и механизмов организма.

Инструментальная диагностика – диагностика с использованием для обследования больного различных приборов, аппаратов и инструментов.

Качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

Критерии оценки качества медицинской помощи – показатели, которые применяются для характеристики и положительных, и отрицательных сторон медицинской деятельности, отдельных ее этапов, разделов и направлений и по которым оценивается качество медицинской помощи больным с определенным заболеванием или состоянием (группой заболеваний, состояний).

Лабораторная диагностика – совокупность методов, направленных на анализ исследуемого материала с помощью различного специализированного оборудования.

Синдром – совокупность симптомов с общими этиологией и патогенезом.

Состояние – изменения организма, возникающие в связи с воздействием патогенных и (или) физиологических факторов и требующее оказания медицинской помощи.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

Хирургическое вмешательство – инвазивная процедура, может использоваться в целях диагностики и/или как метод лечения заболеваний.

Хирургическое лечение – метод лечения заболеваний путем разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

Раздел 1 - Краткая информация

1.1 Определение –

Синдром короткой кишки (СКК) – патологический синдром, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки, как правило, за счет сокращения ее протяженности в результате обширных резекций, проявляющийся мальабсорбцией, мальдигестией и мальнутрицией, расстройствами гомеостаза.

1.2 Этиология и патогенез

Основной причиной СКК - обширные резекции в исходе пороков развития кишечника, некротического энтероколита, мезентериального тромбоза, заворота кишок, протяженных инвагинаций:

Основные этиопатогенетические факторы синдрома короткой кишки

- Некротический энтероколит
- Врожденное укорочение тонкой кишки
- Гастрошизис с заворотом кишок
- Протяженные или множественные интестинальные атрезии
- Мальротация и заворот кишок
- Болезнь Гиршпрунга, тотальная форма;
- Синдром Зульцера-Вильсона
- Мезентериальный тромбоз
- Протяженные тонко-тонкокишечные инвагинации
- Спаечная кишечная непроходимость
- Повреждение кишечника
- Опухоли кишечника

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.

Летальность непосредственно при СКК варьирует от 11% до 37.5% [2,18-24]. Основная причина летальных исходов независимо от лечебной тактики – инфекционные осложнения. Необходимо указать, что внедрение мультидисциплинарных программ лечения детей с СКК – эффективное условие снижения летальности.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРИ СИНДРОМЕ КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ.

Прогнозы при СКК определяются процессами интестинальной адаптации (ИА) - адекватная жизнедеятельность в условиях фактической длины тонкой кишки. Длительность ИА у детей с СКК составляет от 1 года до 4 лет.

Факторы, влияющие на ИА:

1. Возраст больного.

С одной стороны, небольшой постконцептуальный возраст больного открывает перспективы интенсивного роста кишки и более раннего становления интестинальной адаптации. С другой стороны – риски развития различных осложнений, а так же вероятность летальных исходов по статистике у недоношенных и новорожденных пациентов значительно выше.

2. Сопутствующие пороки развития или заболевания других систем и органов.

Множественные пороки развития, а так же другие сопутствующие заболевания достоверно усугубляют тяжесть состояния больных с СКК, повышают риск осложнений и летальных исходов.

ОСНОВЫ ПАТОГЕНЕЗА СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ

Основные патофизиологические изменения, происходящие после массивной резекции тонкой кишки, зависят от объема и уровня резекции.

Резекция тощей кишки.

При изолированной резекции тощей кишки адаптация протекает обычно успешно, отмечается лишь снижение усвоения углеводов и липидов.

Массивная резекция подвздошной кишки практически всегда сопровождается снижением всасывания желчных солей. Компенсаторные сдвиги, направленные на гомеостазирование энтеральной среды приводят к повышению секреции жидкости, солей и жиров в полость кишки. В результате этого большое количество желчных солей и жирных кислот поступает в толстую кишку.

Неадсорбированные жирные кислоты нарушают всасывание бивалентных ионов (кальция, магния, цинка, селена), усугубляют нарушения всасывания воды и натрия в толстой кишке. Кроме того, являясь токсичными для бактерий, желчные кислоты препятствуют бактериальной ферментации углеводов в толстой кишке, начинает преобладать ферментация с образованием D-лактата, возможен D-лактат ацидоз.

Поступление большого количества длинноцепочных жирных кислот в толстую кишку увеличивает всасывание оксалатов, повышая риск мочекаменной болезни. Значимым для больных является также снижение всасывания витамина B12, особенно

выраженное при резекции более половины длины кишки, вызывающее развитие мегалобластной анемии.

Таким образом, изолированная резекция подвздошной кишки, особенно терминального отдела, характеризуется

- снижением всасывания желчных солей;
- повышением секреции и одновременным снижением всасывания липидов;
- повышением потерь натрия и воды за счет секреции;
- снижением всасывания жирорастворимых витаминов;
- снижением всасывания дивалентных катионов (кальция, магния, цинка, селена);
- снижением всасывания витамина В12;
- повышением всасывания оксалатов;
- снижением бактериальной ферментации углеводов.

При сочетании резекции тощей и/или подвздошной кишки (наложение еюноколоноанастомоза) нарушается всасывание, как длинноцепочечных жирных кислот, так и углеводов. Потери жиров могут достигать 50% и более от поступающего количества.

Ухудшается также адсорбция бивалентных катионов: кальция, магния и цинка. Снижение всасывания этих катионов, как и при изолированной резекции подвздошной кишки, частично обусловлено их связыванием с жирными кислотами.

Итак, при сочетанной резекции тощей и подвздошной кишки, изменения, характерные для резекции тощей и подвздошной кишки усугубляются, отмечается значительное снижение всасывания углеводов, увеличивается потеря жирных кислот, повышается риск мочекаменной болезни, риск лактат-ацидоза.

Пациентов с еюностомой (не функционирует вся подвздошная кишка и толстая кишка, возможна частичная резекция тощей кишки) можно условно разделить по соотношению адсорбционных и секреторных процессов на две группы в зависимости от остаточной длины тощей кишки. При сохранении более половины длины тощей кишки процессы всасывания могут преобладать над потерями за счет секреции. Увеличение доставки воды и электролитов энтеральным путем может быть достаточно для контроля диареи у таких больных. Вторая группа пациентов имеет меньшую длину оставшейся части кишки и теряет больше нутриентов в связи с преобладанием секреции, чем получает с питанием, причем потери увеличиваются в ответ на прием пищи.

В результате компенсаторного гиперальдостеронизма и гипомагниемии может развиваться и клинически значимая гипокалиемия. В таких ситуациях она резистентна к введению экзогенного калия.

При резекции толстой кишки или ее полном отключении (илеостома) способность пациента поддерживать водный и электролитный гомеостаз существенно снижается. Нарушается всасывание воды, натрия, калия, магния, кальция. Отсутствие толстой кишки или ее выключение при наложении стомы существенно ускоряет скорость пассажа по кишечнику, дополнительно снижая адсорбцию. Нарушается поступление витамина К в связи с отсутствием его достаточного биосинтеза бактериями.

Отсутствие функционирующей подвздошной и толстой кишки характеризуется:

- значительным повышением секреции солей и воды;
- объем выделений зависит от длины оставшегося участка тонкой кишки, а электролитный состав отделяемого из стомы постоянен;
- всасывание макронутриентов снижено, но коэффициент утилизации относительно постоянен для каждого пациента;
- характерны потери бивалентных катионов;
- нарушено всасывание витамина В12, образование витамина К.

Изменения переваривания и всасывания тесно взаимосвязаны с изменением моторики кишечника. Как известно, в раннем послеоперационном периоде, наблюдается длительный парез кишечника. В дальнейшем отмечается ускорение времени пассажа пищевых веществ по кишечнику. Пострезекционное ускорение пассажа не означает активизации нормальной моторной активности, а лишь отражает укорочение длины кишки и активизацию перистальтики в ответ на увеличение секреции.

Как экспериментальные, так и клинические данные демонстрируют повышение бактериальной транслокации из полости кишечника в собственную пластинку слизистой оболочки, а затем и во внутренние органы в послеоперационном периоде, даже при отсутствии существенных изменений всасывания нутриентов. Поэтому дети, перенесшие резекцию кишечника даже по поводу невоспалительных заболеваний, угрожаемы по генерализации инфекции, в том числе сепсису.

1.3 Эпидемиология

Частота встречаемости синдрома короткой кишки (СКК) в популяции составляет 24,5 на 100000 новорожденных, причем среди недоношенных детей данный показатель достигает значения 353,7.

1.4 Кодирование по МКБ 10

Код заболевания по МКБ-10:

K92.1 – нарушение всасывания после хирургического вмешательства не классифицированное в других рубриках.

1.5 Классификация

Заболевание характеризуется тремя стадиями развития: острый период, субкомпенсация, адаптация организма.

Острый период может длиться несколько недель и даже месяцев. В это время состояние больного очень тяжелое, вызвано потерей жидкости и развитием обезвоживания. Наблюдается частый и обильный жидкий стул, нарушается обмен веществ, возникают неврологические и психические отклонения.

В период субкомпенсации нарушенные функции постепенно восстанавливаются. Адаптация длится около года. Постепенно нормализуется стул, обменные процессы. Однако присутствует анемия (малокровие), гиповитаминоз (нехватка витаминов), слабость, сухость кожных покровов, выпадение волос, ломкость ногтей, потеря в весе.

Во время адаптации полностью восстанавливаются все системы организма. Этот процесс может занять несколько лет. Случается, что даже после длительного приспособления организма адаптация полностью не происходит. Во многом это зависит от того, какая часть кишечника недееспособна, имеются ли у ребенка сопутствующие патологии.

По тяжести течения заболевание классифицируют на несколько степеней: легкая, средняя и тяжелая.

Легкое течение у детей характеризуется периодической диареей, повышенным газообразованием, анемией, снижением веса, но незначительно.

Средняя сопровождается диареей до 7 раз в сутки, масса тела постепенно снижается, анемия стойкая, присутствует гиповитаминоз, имеются осложнения (пр. камни в почках, желчному пузыре, язвы в кишечнике, желудке).

При тяжелом течении диарея очень частая (до 15 раз в сутки), масса тела катастрофически низкая, обмен веществ очень сильно нарушен, анемия выраженная, кожа сухая и шелушится, наблюдаются психические и невротические расстройства.

Раздел 2 - Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

- Рекомендовано выяснить у больного и/или его родителей, имеются ли жалобы на беспокойство, диарею, вздутие и боли в животе, потерю массы тела и др.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии:

К основным признакам синдрома короткой кишки относят следующие проявления:

диарея;

боли в животе;

вздутие кишечника;

потеря массы тела;

дегидратация;

стеаторея;

отечность;

слабость, сонливость, дерматит вследствие поливитаминовой недостаточности.

Возможно развитие "куриной слепоты", повышенной кровоточивости, патологии нервной системы и других последствий.

2.2 Физикальное обследование

- При осмотре рекомендовано оценить общее состояние ребенка, обратить внимание на наличие вздутия живота, болезненности при его пальпации, сухости кожи и слизистых, бледности, отеков и др.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: врач в первую очередь собирает анамнез, устанавливает, когда появились те или иные симптомы, какие имеются сопутствующие заболевания. Затем проводится физикальный осмотр. Во время такового отмечается вздутие живота, болезненность при пальпации, сухость кожи и слизистых, бледность, отеки.

2.3 Лабораторная диагностика

Рекомендуется провести комплексную оценку функционального состояния кишечника у детей с СКК.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии:

Объективным отражением адекватности лечения больных с СКК является массовые показатели. Разработанные в Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ)

и широко используемые за рубежом программы Anthro и Anthroplus позволяют оценивать, сравнивать и сохранять данные веса, роста, индекса массы тела пациента на всех этапах лечения. На современном этапе важно использовать единую систему оценки нутритивного статуса больного.

Для непосредственной оценки функций переваривания и всасывания в первую очередь следует использовать неинвазивные тесты.

- Дыхательный водородный тест: концентрация H₂, измеренная в выдыхаемом воздухе, отражает количество бактерий и их метаболическую активность в кишечнике. Время, за которое концентрация водорода повышается при проведении дыхательного теста, указывает на отдел кишечника, в котором происходят процессы ферментации (брожения). Таким образом, можно определить степень бактериального обсеменения тонкой кишки (SIBO – синдром), оценить риск транслокации кишечной флоры и развития D-лактат ацидоза.

- Тест с D-ксилозой позволит определить выраженность мальабсорбции. Для пациентов с СКК важна оценка результатов этого теста в динамике, на этапах лечения, до и после операции.

- Уровень цитруллина в сыворотке крови – маркер всасывательной способности тонкой кишки и индикатор длины тонкой кишки. В России данный маркер пока не определяется, но необходимо его внедрение в протокол обследования пациентов с СКК для объективной оценки функционально всасывательной способности кишки.

Для оценки функций переваривания, всасывания и секреции в обязательном порядке контролируется:

- Объем отделяемого по стулу (мл/сут, мл/кг/сут)*
- Объем стула (мл/сут, мл/кг/сут)*
- Объем мочи не реже 1 раза в 1-2 недели (мл/кг/час) (или суммарно стул+моча путем взвешивания подгузников при сохранении регулярного контроля диуреза)*
- концентрация электролитов в кале*
- концентрация электролитов сыворотки*

Дополнительно 1 раз в 1-2 недели:

- Экскреция углеводов с калом*
- Копрологическое исследование*
- Липидограмма кала (с определением общих липидов и липидных фракций)*
- Плазменный белок в кале*

По показаниям проводятся тесты на наличие скрытой крови в кале, тест с лактулозой/рамманозой.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуется провести комплексное обследование с применением инструментальных методов.

Уровень убедительности рекомендации D(уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии:

- *Ультразвуковое исследование органов ЖКТ.*
- *Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) + биопсия слизистой тощей кишки с целью оценки выраженности ИА.*
- *Колоноскопия (при необходимости биопсия слизистой оболочки).*
- *Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ с оценкой пассажа и длины оставшейся тонкой кишки.*

Дополнительно при необходимости - методы функциональной активности ЖКТ (рН метрия, гастрокardiомониторинг и др.).

Раздел 3 Лечение

ОСНОВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА СКК.

1. Обеспечение постоянным центральным венозным доступом.
2. Организация нутритивной поддержки: индивидуальный подбор схемы парентерального питания, налаживание энтерального питания.
3. Проведение домашнего парентерального и частичного энтерального питания.
4. Реконструктивно-восстановительное хирургическое лечение.
5. При неэффективности выше обозначенных методов или появлении печеночной недостаточности – решение вопроса о возможности, необходимости и сроках проведения трансплантации кишки.

МАРШРУТИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ

Установление диагноза «синдром короткой кишки» предполагает следующий план мероприятий:

1. Появление пациента с диагнозом «Синдром короткой кишки» - занесение данных о пациенте в Общероссийский онлайн реестр детей с синдромом короткой кишки. Оповещение специалистов, занимающихся проблемой СКК о наличии нового случая. Коллегеальное решение вопроса о необходимой помощи и этапности лечения.
2. Первичное поступление в клинику, специализирующуюся на лечении данной патологии.
3. Обеспечение пациента адекватным постоянным венозным доступом (туннелизированные катетеры, имплантированные порты). При стабильном состоянии больного и при возможности обеспечить ребенка постоянным венозным доступом в регионе – введение пациента дистанционно.
4. Проведение полного парентерального питания или смешанного парентерально-энтерального питания до стабилизации состояния больного с восстановлением КОС, электролитного баланса, адекватной жизнедеятельности организма и оптимальных весо-ростовых показателей.
5. В этот период возможны применение зондового питания или установка гастростомы для проведения ночного энтерального питания специализированными смесями.
6. После подбора режима и состава нутритивной поддержки – продолжение лечение дома, в системе домашнего парентерального питания, под контролем участкового педиатра с коррекцией терапии совместно со специалистами из специализированных клиник. Ведение пациента дистанционно в режиме онлайн.

7. Решение вопроса о сроках проведения аутологичных реконструктивных операций на ЖКТ.

8. Госпитализация в клинику для выполнения оперативного лечения.

9. Продолжение ППП в раннем послеоперационном периоде с последующим переходом на частичное ПП и энтеральную трофическую нагрузку.

10. Частичное ПП проводят до появления интестинальной адаптации и возможности жизнедеятельности за счет полного энтерального питания. Выписка домой для продолжения лечения в системе домашнего парентерального питания.

11. При необходимости – повторное проведение удлинительных энтеропластик.

12. При неэффективности вышеобозначенных методов, при наличии выраженных осложнений, обусловленных как интестинальной, так и печеночно-клеточной недостаточностью, коллегиально с трансплантологами решается вопрос о необходимости и сроках проведения трансплантации кишечника.

3.1 Консервативное лечение

- Больным с СКК рекомендовано обеспечение постоянного центрального венозного доступа с обеспечением постоянного наблюдения и комплекса мер по профилактике осложнений.

Уровень убедительности рекомендации А(уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

ВЕНОЗНЫЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ ДПП

- 1. Стандартный центральный катетер*
- 2. Периферический имплантируемый центральный катетер*
- 3. Туннелируемый центральный венозный катетер*
- 4. Внутривенный порт*

Broviac/Hickman – силиконовый катетер с открытым дистальным концом и дакроновой манжетой в проксимальной её части, которая вшивается под кожу. В течение 3-4 недель после расположения под кожей, манжета врастает в подкожную клетчатку и препятствует колонизации микроорганизмами катетерного туннеля на всем протяжении от входного отверстия на коже до вены. Катетер может иметь от 1 до 3 просветов с своим поперечном сечении.

Порт-система представляет собой силиконовый или полиуретановый катетер соединенный с резервуаром, полностью погружаемый под кожу. Катетер может иметь один или два просвета. Корпус резервуара изготовлен из титана или прочного пластика.

«Крышка» резервуара изготовлена из силикона и выдерживает до 2000 проколов. Прокалывается силикон специальной иглой Губера, которая имеет наконечник, заточенный особым способом и в момент прокола не разрывает силикон. Игла в резервуаре порт-системы может находиться до 7 дней, после чего подлежит замене. Катетеры, которые можно использовать для этих целей:

Периферически вводимый центральный венозный катетер (PiCC – line) – продолжительность использования - от 6 дней до 3 мес., можно до 1 года;

Туннелируемый катетер типа Broviac/Hickman - от 1 до 6 месяца, можно до 1 года;

Полностью имплантируемая порт-система (Port-a-Cath) - от 6 до 24 месяцев.

После установки ЦВК необходимо проконтролировать расположение внутреннего конца катетера рентгенографией или рентгеноскопией органов грудной клетки. Внутренний конец ЦВК должен располагаться:

- при катетеризации сосудов брахиоцефального ствола (подключичная, внутренняя яремная вены) - в нижней трети верхней полой вены, над входом в правое предсердие;

- при катетеризации сосудов бассейна нижней полой вены (бедренная вена) – катетер визуализируется в сегменте над тенью диафрагмы и до впадения в правое предсердие.

Катетеризация бедренной вены часто приводит к тромбозам глубоких вен нижней конечности, бедренной и подвздошной вен, поэтому нижний доступ является резервным.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. Осложнения, связанные с катетеризацией ЦВ: воздушная эмболия, повреждение подключичной артерии, пневмоторакс, гемоторакс, повреждение сонной артерии, тромбоемболия, смещение катетера, повреждение плечевого сплетения;

2. Осложнения, связанные с неправильной эксплуатацией ЦВК: нарушение целостности катетера, отрыв канюли катетера, самоудаление катетера.

3. Септические осложнения: инфекция места стояния катетера, туннельная инфекция, катетер-ассоциированный сепсис кровотока (КАИК);

4. Осложнения, связанные с тромбообразованием: внутрисосудистое и внутрикатетерное;

Профилактика возможных осложнений сводится к соблюдению правил асептики и антисептики, правил эксплуатации и ухода за внутрисосудистыми устройствами.

УХОД ЗА ДОЛГОСРОЧНЫМ ЦВК

Правила ухода и эксплуатации катетера:

1. Медицинский персонал должен ознакомиться с инструкцией производителя по уходу за катетером- некоторые растворы антисептиков могут повреждать силиконовые или полиуретановые катетеры.

2. Избегать перегибов катетера.

3. Инфузионную линию, подключенную к катетеру необходимо располагать без натяжения.

4. Места соединений инфузионных линий и катетера должны быть закрыты стерильной марлевой салфеткой, смоченной антисептиком.

5. Наружный конец катетера желательно фиксировать к телу с помощью плотно прилегающего хлопкового “жилета”.

6. Зажим катетера необходимо закрывать только на специальном утолщенном участке катетера (обычно имеет маркировку “clamphere”).

7. Браниши зажима должны быть гладкими, чтобы не повредить катетер.

8. Нельзя использовать возле катетера металлические инструменты, острые или колющие предметы.

9. При работе с катетером использовать шприцы объемом не менее 10 мл (чтобы избежать избыточного внутрикатетерного давления, способного повредить сосудистое устройство или вену).

10. При смене повязки на ране входного отверстия катетера важно разделять понятия:

- “чистый” – это катетер, обработанный спиртсодержащим антисептиком, стерильные инструменты и стерильные расходные материалы;

- “грязный” – все остальные предметы, упаковка расходных материалов, руки и наружная часть катетера без гигиенической обработки.

11. Пациенты или их родители/опекуны перед выпиской из стационара должны получить теоретические и практические инструкции о методах ухода за катетером в виде текста с иллюстрациями, показывающими процедуру ухода за катетером, принципы и технику гигиены рук, процедуру смены повязки и иных манипуляций с катетером.

ПРОФИЛАКТИКА КАТЕТЕР-АССОЦИИРОВАННЫХ ИНФЕКЦИЙ КРОВотоКА.

Профилактика включает:

- Гигиеническая обработка рук.

- Соблюдением максимальных барьерных предосторожностей при смене повязок катетера.

- Правильный выбор спиртсодержащего кожного антисептика.

ПРИЗНАКИ ВОЗМОЖНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО УСТРОЙСТВА:

- лихорадка без очага, определяемого клинически или бактериологически;*
- озноб и лихорадка через 20-90 минут после использования катетера;*
- нарушение дыхания и кашель после использования катетера;*
- нарушение проходимости катетера;*
- нарушения оттока крови в бассейне катетеризированной вены.*

Необходимо разъяснить пациенту и родителям/опекуну, что они должны сообщать медперсоналу о любых изменениях вокруг катетера или о возникшем дискомфорте.

КАТЕТЕРНЫЙ “ЗАМОК”

В промежутках между инфузиями можно вводить катетерный “замок”:

- гепариновый из расчета 100 Ед гепарина в 1 мл физ раствора или*
- комбинированный препарат TauroLock, содержащий тауролидин (обладает антимикробным действием) и 4% цитрат натрия (обеспечивающий антикоагуляцию);*
- антибиотиковый, по клинической ситуации, на усмотрение лечащего врача.*
- При склонности к тромбообразованию (например, у пациентов носителей полиморфизмов тромбофилии) рекомендовано применять TauroLock с урокиназой.*

После любого использования катетера и перед введением катетерного “замка” необходимо промыть систему 0,9% раствором хлорида натрия.

При нарушении проходимости катетера следует убедиться в отсутствии перегибов катетера или закрытых зажимов.

Не следует пытаться вводить раствор под давлением из шприцев в 5,0 или 2,0 мл.

ТРОМБОТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:

К тромботическим осложнениям, характерным для ЦВК, относят формирование тромбомасс внутри и вне катетера. Самыми грозными последствиями тромботических осложнений являются тромбоэмболия легочной артерии, синдром верхней полой вены, синдром нижней полой вены, бородавчатый эндокардит, тромбозы.

При подозрении на наличие внутрисосудистого тромба необходимо выполнить УЗИ для исключения продолжающегося тромбоза за пределами катетера, что требует удаления ЦВК. При локализации тромба пристеночно рекомендуется более тщательно промывать катетер до и после использования «гепариновым» замком или использовать замки с урокиназой (TauroLock с урокиназой). При полной обструкции просвета катетера тромбом необходимо предпринять попытку восстановить проходимость катетера с помощью раствора урокиназы в концентрации 5000 Ед в 1,0 мл физраствора. Просвет

катетера должен быть полностью заполнен раствором урокиназы. Так же рекомендуется применение стрептокиназы.

При наличии тромбомасс вокруг катетера без нарушения функции ЦВК или при минимальном нарушении (нет забора, но адекватное введение растворов) возможно проведение системной гепаринизации при отсутствии противопоказаний или более частое использование гепариновых замков. Частые тромботические осложнения при адекватном использовании ЦВК должны насторожить в плане наличия у больного тромбофилии и требует консультации гематолога и дальнейшего дообследования.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ И СМЕНЫ ЦВК:

Показания к удалению или смене ЦВК определяются в каждом случае индивидуально с учетом тяжести состояния больного, необходимости центрального венозного доступа, возможности нивелировать те или иные осложнения у данного конкретного больного в данный период времени. Показания к удалению или смене ЦВК - это коллегиальное решение анестезиолога или реаниматолога с лечащим врачом больного. В неоднозначных ситуациях созывается консилиум.

Основные показания для удаления ЦВК

1. *Выраженные воспалительные изменения кожных покровов в месте локализации ЦВК;*
2. *Некупируемая туннельная инфекция;*
3. *Подтвержденная катетерная инфекция грибковой и синегнойной этиологии требует санации венозного русла с последующей катетеризацией другой ЦВ;*
4. *Отсутствие эффекта от системной аб-терапии при подтвержденной катетерной инфекции другой этиологии;*
5. *Признаки тромбофлебита в месте локализации ЦВК;*
6. *Обтурирующий просвет катетера тромб;*
7. *Нарушение целостности ЦВК;*
8. *Подозрение на неправильную локализацию ЦВК;*
9. *Пневмоторакс, гемоторакс, хилоторакс, лимфоррея, возникшие после постановки ЦВК;*

Удаление ЦВК может быть произведено как в оперблоке или ОРИТ, так и в стерильных условиях перевязочного кабинета любого подразделения. Место удаленного ЦВК обрабатывается растворами антисептиков, накладывается многослойная давящая повязка.

Туннелизированные катетеры и имплантированные порты удаляются только обученными анестезиологами в условиях оперблока.

Замена ЦВК по леске возможна в исключительных случаях при нарушении целостности ЦВК при условии срока его эксплуатации не более недели и при отсутствии воспалительных изменений в месте его локализации. При любом подозрении на наличие внутрикатетерного тромба, тромбоза вены и даже минимального риска инфицирования, вопрос о смене ЦВК по леске снимается.

Большинство пациентов, нуждающихся в длительной инфузионной терапии и парентеральном питании (ПП), как правило, имеют последствия ранее проводимых катетеризаций ЦВ. Для сохранения возможности длительной эксплуатации ЦВК и предупреждения осложнений необходимо:

- 1. Обеспечение пациента центральным венозным доступом для постоянного использования.*
- 2. Использование локов для катетера вне инфузии и фильтров при проведении ПП.*
- 3. Соблюдение перечисленных выше правил асептики и антисептики при работе с ЦВК.*
- 4. Минимизация пребывания в стационаре.*

- Больным с СКК рекомендована сбалансированная и длительная нутритивная поддержка с применением комплекса парентерального и энтерального питания.

Уровень убедительности рекомендации А(уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

ОРГАНИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Нутритивная поддержка (НП) для детей с СКК складывается из двух взаимодополняющих составляющих: парентерального и энтерального питания.

ПП является золотым стандартом в комплексной терапии СКК у детей. На первоначальном этапе – полное ПП, затем постепенный переход на частичное ПП в сочетании ЭП, с последующим переходом на ЭП, если это возможно при данной длине кишки.

Перед проведением ПП необходимо восстановить водно-электролитный баланс организма, нормализовать кислотно-основное состояние (КОС), улучшить реологию и микроциркуляцию крови, устранить гемодинамические и волевические нарушения!

Ингредиенты ПП вводятся постепенно, начиная с минимальных доз, постоянно контролируя состояние пациента и мониторируя КОС, уровень глюкозы, белка, электролитов. Такая тактика позволяет избежать refeeding- синдрома, особенно у пациентов с выраженными нарушениями метаболизма.

Полное ПП проводится при невозможности энтеральной нагрузки из-за нарушений моторики ЖКТ или в виду необходимости «покоя», например, в раннем послеоперационном периоде.

На этом этапе осуществляется:

- восполнение потерь жидкости и электролитов,*
- покрытие текущих потребностей в жидкости и ингредиентах питания парентеральным путем*
- устранение гиперсекреции*
- восстановление моторики ЖКТ*

Назначение ПП на период менее 24 часов в сутки называется циклическим ПП. Это позволяет обеспечить пациенту больше физической активности и делает более гибким режим ПП.

ПОТРЕБНОСТИ ДЕТЕЙ В НУТРИЕНТАХ И ЖИДКОСТИ

Потребности недоношенных и расчет ПП приведены в соответствующих методических рекомендациях по питанию недоношенных (www.raspm.ru), детей раннего возраста и более старшей возрастной группы.

РАСЧЕТ ОБЪЕМА ЖИДКОСТИ:

Оценка объема жидкости, который требуется ребенку – чрезвычайно важный параметр при назначении парентерального питания.

Потребность в воде с нутритивными целями определяется необходимостью:

- 1. обеспечения экскреции мочи для элиминации продуктов обмена,*
- 2. компенсации неощутимых потерь воды (с испарением с кожи и при дыхании, потери с потом у новорожденных практически отсутствуют),*
- 3. дополнительным количеством для обеспечения формирования новых тканей: нарастание массы на 15-20 г/кг/сут потребует от 10 до 12 мл/кг/сут воды (0.75 мл/г новых тканей).*

ОБЪЕМ ЖИДКОСТИ В СОСТАВЕ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ РАССЧИТЫВАЕТСЯ С УЧЕТОМ:

- баланса жидкости;*
- объема ЭП (ЭП в объеме до 25 мл/кг - трофическое питание - не учитывается при расчете необходимой жидкости и нутриентов);*

- диуреза;
- динамики массы тела;
- уровня натрия.

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В ЭНЕРГИИ:

Рассчитывая потребность в энергии необходимо обеспечить полную потребность в энергии, типичную для ребенка данного возраста, а также дополнительно дать то количество, которое компенсирует увеличенную долю экскретируемой энергии при мальабсорбции. То есть следует учесть, что при энтеральном поступлении нутриентов биодоступность энергосубстратов будет больше физиологической (физиологическая составляет 6-10%). При полном ПП можно ориентироваться на стандартные потребности в энергии.

РАСЧЕТ ПОТРЕБНОСТИ В БЕЛКЕ:

Потребность в белке у детей с СКК можно принимать равной физиологической. За исключением случаев сепсиса у детей с СКК при ППП можно назначать белок (аминокислоты) соответственно суточным потребностям.

При расчете потребностей в белке помимо физиологической нормы для данного срока гестации и возраста учитываются возможные повышенные потребности: у недоношенных детей, и детей, имеющих повышенные распада белка (при наличии системной воспалительной реакции, сопутствующей кардиореспираторной патологии, критических ситуациях, в том числе при глубоких ожогах). Потребность может составлять до 4-4,5 г/кг массы тела. Для пациентов после года, потребность в белке можно принимать равной физиологической.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В УГЛЕВОДАХ И ЖИРАХ:

Потребность в углеводах и жирах при СКК определяется потребностью в энергии и потребностью в эссенциальных жирных кислотах.

При ППП можно пользоваться стандартным расчетом на основании потребности в данном возрасте. Как углеводы, так и жиры, могут использоваться с данными целями с одинаковым эффектом на метаболизм. Выбор соотношения липидов и углеводов в доставляемой энергии определяется объемом жидкости, водимой за сутки и переносимостью того или иного раствора.

ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

Главное современное требование, предъявляемое к качественному составу растворов аминокислот, – обязательное содержание всех незаменимых аминокислот, синтез которых не может осуществляться в организме ребенка (изолейцин, фенилаланин, лейцин, треонин, лизин, триптофан, метионин, валин). У недоношенных детей

принципиально важным является ограничение потенциально токсичных аминокислот (см. рекомендации по парентеральному питанию недоношенных www.raspm.ru)

Жировые эмульсии (ЖЭ) - наиболее эффективный энергетический компонент, что обусловлено их высокой энергетической ценностью (1 г - 9,3 ккал).

Для детей, находящихся на длительном парентеральном питании предпочтительны жировые эмульсии с включением оливкового масла, богатого мононенасыщенными жирными кислотами (ω -9) и рыбьего жира, источника ω -3 жирных кислот с очень длинной цепью: эйкозапентаеновой и докозагексаеновой.

ЖЭ третьего поколения обеспечивает необходимое количество насыщенных, моно- и полиненасыщенных жирных кислот; оптимальное соотношение семейств незаменимых ω -6 и ω -3 жирных кислот. Получены данные о положительном влиянии ЖЭ третьего поколения в виде снижения или ликвидации холестаза при использовании у пациентов с развитием заболеваний печени, ассоциированных с поражением кишечника.

При использовании ЖЭ нового поколения новорожденным и детям раннего возраста рекомендована начальная доза от 0,5-1 г жира/кг массы тела/день с последующим увеличением на 0,5-1 г жира/кг массы тела/день до 3 г жира/кг массы тела/день, при этом рекомендовано не превышать суточную дозу более 3 г жира/кг массы тела/сут (для недоношенных – 4г/кг/сут). Скорость инфузии не должна превышать 0,125 г жира/кг массы тела/час.

В свете современных позиций в детской практике предпочтительно использование 20% ЖЭ.

Помимо белков и жиров обязательным компонентом ПП детей раннего возраста являются углеводы. Углеводы являются хорошим источником энергии и дают быструю утилизацию и хорошую растворимость в воде. К тому же они хорошо смешиваются с другими субстратами, микроэлементами, витаминами. Если в питании ребенка длительное время ограничить поступление углеводов, то для выработки энергии расходуются не только резервные жиры, но и наблюдается распад тканевых белков. Обеспечение организма небелковыми источниками энергии снижает азотистые потери.

Для ПП у детей используют 10% и 20% растворы глюкозы. У новорожденных до 1 года используют растворы глюкозы из расчета 8-13 г/кг/сутки, старше 1 года – 7-10 г/кг/сутки. С целью предотвращения осложнений необходимо контролировать уровень глюкозы в крови, а также соблюдать скорость инфузии - не более 0,5 - 0,6 г/кг/массы тела.

Добавление в состав ПП препаратов, содержащих глутамин достоверно улучшает состояние слизистой кишечника. В экспериментальных моделях СКК,

совмещенных с резекцией илеоцекального угла и толстой кишки, применение глутамина предупреждало развитие атрофии слизистой оставшейся кишки, приводило к снижению транслокации кишечной флоры, повышению уровня секреторного IgA.

При ПП необходимо использовать витамины и микроэлементы в возрастных потребностях.

Водорастворимые витамины рекомендовано совмещать с растворами глюкозы и аминокислот, - жирорастворимые витамины в составе липидов.

Сегодня на отечественном рынке имеются следующие препараты витаминов и микроэлементов, рекомендуемые для использования, как во взрослой, так и в детской практике:

Для оценки обеспеченности железом следует определять железосвязывающую способность сыворотки, процент насыщения и уровень ферритина. Инфузии препаратов железа следует назначать отдельно от ПП. Железо может назначаться в форме комплекса с глюконатом.

Среди всех микроэлементов, для нормального функционирования органов и систем ребенка особое значение имеют цинк, селен и медь, которые являются обязательным компонентом антиоксидантной системы.

В настоящий момент в детской практике при проведении ПП используется как отдельная методика (флаконная), так и многокомпонентные контейнеры (МКК) (препараты «все-в-одном», в котором все компоненты парентерального питания смешиваются в одном контейнере). Использование МКК рекомендовано с 2-х летнего возраста, так как не содержат в своем составе все необходимые незаменимые аминокислоты. Однако в клинической практике имеется опыт использования контейнеров у детей более младшей возрастной группы (с трех месяцев), находящихся на полном ПП.

С распространением методики «все-в-одном» проведение домашнего ПП стало более легким.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

ПП имеет свои отрицательные стороны, связанные с необходимостью катетеризации центральных вен. В данной ситуации возникает опасность возникновения тяжелых септических осложнений в виде септического тромбофлебита, легочных эмболий, септического эндокардита. В связи с чем, при проведении ПП требуется строгое соблюдение стерильности и скорости введения ингредиентов, что сопряжено с определенными техническими трудностями. Это и осложнения, связанные с необходимостью центральногенозного доступа, и возможность жировой эмболии при

использовании жировых эмульсий, и возникновение осмотического диуреза при использовании высококонцентрированных растворов, *urefeeding*-синдром.

3.2 Хирургическое лечение

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Исторически технологии аутологичных реконструкций ЖКТ у больных с СКК представлены весьма широким спектром оперативных вмешательств. Однако на современном этапе перспективу совершенствования лечебной тактики представляют два варианта оперативных вмешательств - продольное удлинение и сужение кишки, а также последовательная поперечная энтеропластика.

Транспозиция участка толстой кишки и формирование антирефлюксных клапанов между тонкой и толстой кишкой в настоящее время используются в качестве дополнительных опций к основным видам энтеропластик.

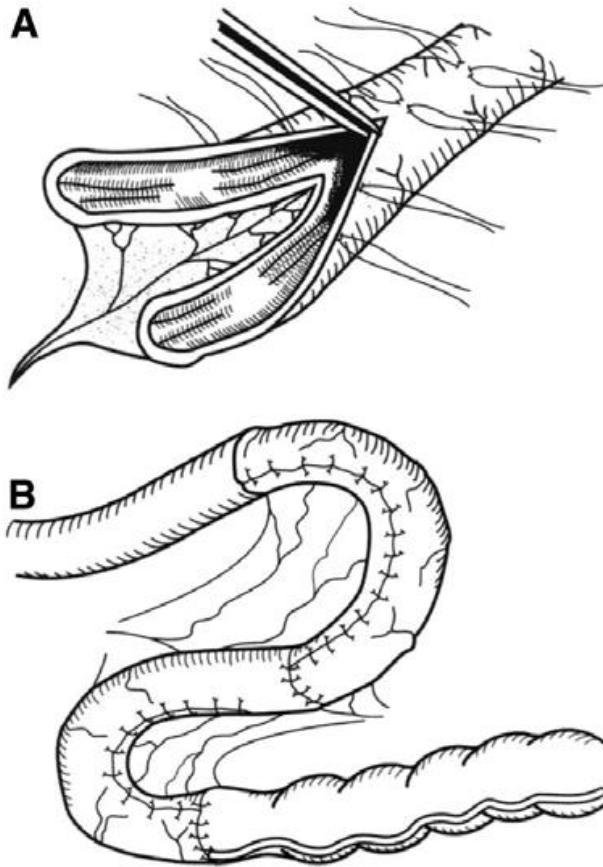
- Рабочая группа **рекомендует** проведение операции Bianchi у детей с синдромом короткой кишки, которым требуется хирургическое лечение.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии:

Схематическое изображение основных этапов операции по продольному удлинению и сужению кишки (the longitudinal intestinal lengthening and tailoring (LILT) предложенному A.Bianchi в 1980 г. представлено на рис. 1.

Рисунок 1. Схема операции по продольному удлинению и сужению кишки



Технология основана на особенностях кровоснабжения тонкой кишки, позволяющих разделить листы брыжейки тупым способом в продольном направлении и создать брыжеечный туннель. Затем, линейный степлер пропускается через брыжеечный туннель по длине расширенного отдела кишки и закрывается. В результате формируются два параллельных сегмента кишки, которые затем сшивают в изоперистальтическом направлении, для чего брыжейку воссозданной кишки приходится скручивать по оси. В результате достигается удвоение длины расширенного участка кишки.

Частота различных осложнений в послеоперационном периоде достигает 10 % клинических наблюдений, включая несостоятельность кишечных анастомозов, кишечную непроходимость, кровотечение из мест локализации скрепок, некроз воссозданного участка тонкой кишки, редиляция воссозданного участка кишки.

Результаты 20 летнего опыта применения операции Bianchi свидетельствуют, что более 70 % пациентов в отдаленном периоде обходятся без парентерального питания.

Эффективность операции Bianchi у детей с синдромом короткой кишки подтверждена в ходе многих контролируемых исследований (Intestinal Bowell engtheningin Children with ShortBowel Syndrome: SystematicReview of the Bianchiand STEP

Procedures B Gordon C Basem A. Khalil, A Morabito, *WorldJournalofSurgery* March 2013, Volume 37, Issue 3, pp 694–704).

Последовательная поперечная энтероластика (serial transverse enteroplasty (STEP)) была представлена медицинскому сообществу в 2003 г.

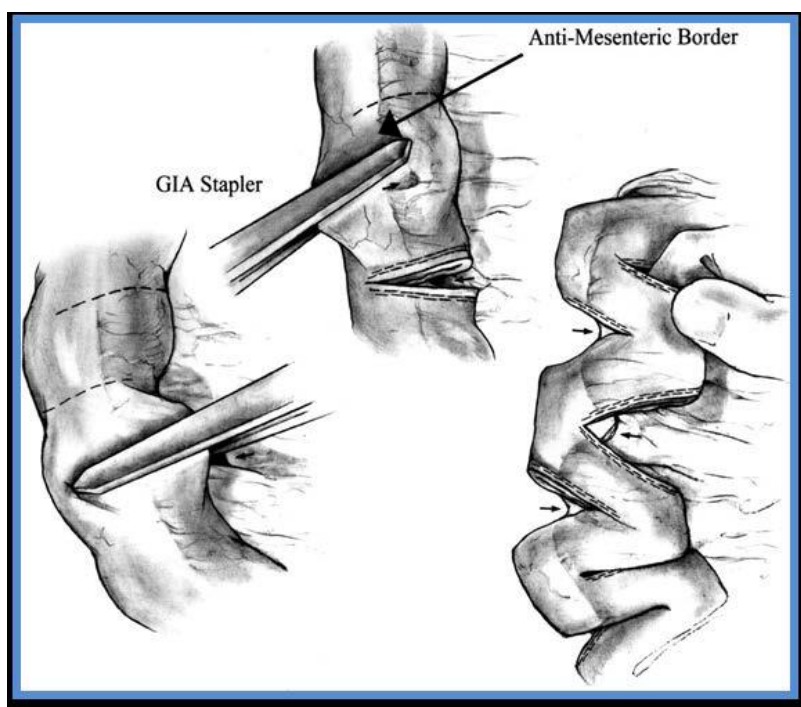
- Рабочая группа **рекомендует** проведение операции последовательной поперечной энтероластики у детей с синдромом короткой кишки, которым требуется хирургическое лечение.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии: технология вмешательства заключается в последовательном выполнении поперечных энтеротомий с сшиванием операционного дефекта кишечной стенки в продольном направлении - рис. 2.

Рисунок 2: Схематичное изображение STEP (иллюстрация из статьи Chang RW.

Serial transverse enteroplasty enhances intestinal function in a model of short bowel syndrome. AnnSurg. 2006 Feb; 243(2):223-8.)



Потенциал удлинения кишки при реализации технологии STEP достигает в среднем 60 % от исходной протяженности дилатированного сегмента. Количество анастомозов зависит от длины и выраженности дилатации тонкой кишки.

Эффективность операции последовательной поперечной энтероластики у детей с синдромом короткой кишки подтверждена в ходе многих контролируемых исследований (*Intestinal Bowel Lengthening in Children with Short Bowel*

Syndrome: Systematic Review of the Bianchi and STEP Procedures B Gordon C Basem A. Khalil, A Morabito, *World Journal of Surgery* March 2013, Volume 37, Issue 3, pp 694–704).

Частота и структура послеоперационных осложнений принципиально соответствуют результатам при операции Bianchi. Однако редиятация возникает существенно реже.

Отечественные данные, основанные на непосредственных и отдаленных результатах реализации модифицированной технологии последовательной поперечной энтеропластики свидетельствуют о восстановлении энтеральной автономии в 50 % клинических наблюдений. При этом лучшие результаты констатированы у больных с остаточной длиной кишки не менее 30 см и сохранной толстой кишкой.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ КИШКИ

Детям с СКК и осложнениями выполняют три вида трансплантаций: изолированная трансплантация тонкой кишки, трансплантация комплекса тонкая кишка + печень и мультивисцеральная трансплантация. Для двух последних вариантов оптимальным считается наличие трупного донорства, в идеале – трупного детского донорства. Согласно директивам большинства трансплантологических центров Америки и Европы, трансплантация кишечника выполняется только в тех случаях, когда остальные методы лечения не увенчались успехом.

В целом, международные данные свидетельствуют об улучшении показателей выживаемости пациентов и трансплантатов за последнее десятилетие, что обусловлено оптимизацией иммуносупрессивной терапии, ранней диагностикой отторжений и более адекватным лечением как отторжений, так и инфекционных осложнений.

Основной причиной летальности после трансплантации кишки остаются различные инфекции (бактериальные, грибковые, вирусные и смешанные), протекающие с развитием сепсиса и приводящие к гибели 51,3% больных. Среди вирусных инфекций наиболее распространены цитомегаловирусная инфекция (18-40%) и вирус Эпштейна-Барр, часто являющийся еще и причиной посттрансплантационной лимфопролиферативной болезни (Post-transplant Lymphoproliferative Disease). Последние развиваются у 21 % больных и приводят к смерти в 7-10% случаев.

Второй по частоте причиной смерти после трансплантации является отторжение трансплантата (10, 4 %). В 57 % случаев требуется удаление трансплантата. Частота развития острого отторжения колеблется от 51 до 83 % случаев, но в большинстве

случаев, при своевременной диагностике острого отторжения, возможно эффективное медикаментозное лечение.

Проблемными вопросами остаются долгосрочные побочные эффекты тяжелой иммуносупрессии, что сказывается на результатах трансплантации целом.

3.3 Иное лечение

ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- Больным с СКК на всех этапах лечения рекомендовано длительное и сбалансированное энтеральное питание.

Уровень убедительности рекомендации А(уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:Сроки начала ЭП определяются состоянием ЖКТ и в первую очередь, восстановлением моторно-эвакуаторной функции. Инициальное ЭП проводят глюкозо-солевой смесью в режиме либо длительной инфузии с постоянной скоростью через кишечный интубатор или зонд (*constantra teenteral nutrition - CREN*), либо болюсно. В работах кафедры детских хирургических болезней РГМУ неоднократно демонстрировалась эффективность применения раствора следующего состава: NaCl 3,43г, NaCH₃ONH₃ H₂O – 2,8 г., KCl – 1,54 г., глюкоза 6 г, CaCl₂ 10% раствор - 15 мл, MgCl₂ 25% раствор – 5 мл, дистиллированная вода до 1 л. Раствор содержит 95,7 ммоль/л натрия, 20,2 ммоль/л калия, 15,0 ммоль/л кальция, 113,8 ммоль/л хлора, 33,3 ммоль/л глюкозы, имеет pH5,7-5,8 [17,18]. В 2007 году Ерпулёвой Ю.В. с соавторами был внедрен патент в практику интенсивной терапии использования на ранних стадиях раствора регидрона с пектином, заключающейся в раннем введении 1-2% раствора пектина с регидроном.

Препараты глутамина для перорального применения (например, интестамин) оказывают трофический эффект на слизистую кишечника за счет увеличения длины ворсинок и углубления крипт.

Усвоение вышеуказанных растворов и адекватность их введения контролируется по объему стула, его pH, наличию глюкозы в стуле. После достижения адекватного усвоения глюкозо-солевого раствора, начинают введение собственно продукта для ЭП.

Проведение кормления энтеральным путем, так же как и парентеральным, требует строгого соблюдения правил асептики.

Подбор продукта, объема и скорости введения проводится с учетом толерантности больного. Толерантность к питанию оценивается по весу ребенка,

объему и осмолярности мочи (фиксируется за каждые 8 часов), объему стула, продолжается контроль экскреции углеводов. Объем стула более 20 мл/кг/сут является показанием к менее агрессивному увеличению энтеральной нагрузки, более 40мл/кг – к снижению объема питания.

Задачей терапии является постепенное достижение максимально возможного количества потребления питательных веществ через желудочно-кишечный тракт. Лимитируется объем вводимых в желудочно-кишечный тракт продуктов риском усиления диареи и связанной с ней задержкой физического развития.

Для ЭП при заболеваниях желудочно-кишечного тракта у детей рекомендуются продукты с осмолярностью не выше 350 мосм/л, компоненты которых хорошо всасываются. На начальном этапе используются полуэлементные продукты. Затем переходят на олигомерные и полимерные диеты. При этом все же избегают компонентов с высокой антигенной активностью - коровьего, соевого белка и глютена.

У новорожденных и грудных детей по данным некоторых центров возможно использование грудного молока. Функциональные компоненты грудного молока способствуют снижению риска инфекционных осложнений, ускоряют адаптацию кишечника. Следует учитывать высокую вероятность наличия клинически значимой лактазной недостаточности, что требует сопровождения данного питания препаратами лактазы .

На определенной стадии и по достижении возраста не менее 4 месяцев постконцептуально, при удовлетворительных темпах физического развития к продуктам лечебного энтерального питания, остающимися основой диетотерапии, добавляют продукты обычной возрастной диеты за исключением компонентов, провоцирующих осложнения.

Раздел 4 Реабилитация

ОРГАНИЗАЦИЯ ДОМАШНЕГО ПАРЕНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

- Больным с СКК рекомендована организация домашнего парентерального питания.

Уровень убедительности рекомендации D(уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии:

Система домашнего парентерального питания (ДПП) признана оптимальной в странах Евросоюза и США при необходимости длительного парентерального питания. В США ежегодно на ДПП находятся около 40 000 взрослых и детей с различными заболеваниями. В европейских странах известны 42 центра, реализующих образовательные программы и осуществляющих организационно-методическое руководство по проведению ДПП.

Экономическая целесообразность ДПП подтверждается 10 – летним опытом реализации системы в России, утверждающим сокращение длительности пребывания в стационаре в 4.3 раза.

Положительными аспектами системы ДПП являются улучшение психоэмоционального фона матери и ребенка при их совместном пребывании в кругу семьи, снижение риска интеркуррентных заболеваний, включая госпитальные инфекции. В идеале, проведение ДПП осуществляется мультидисциплинарной командой, состоящей из педиатра, нутрициолога, среднего медицинского персонала, психологов. В реальных отечественных условиях, ДПП проводят ранее обученные родители под амбулаторным контролем специалистов из стационара, где ранее проходил лечение пациент.

Раздел 5 Профилактика и диспансерное наблюдение

Перед выпиской домой родители или иные лица, обеспечивающие уход за ребенком проходят обучение (групповой или индивидуальное) технологии длительного парентерального питания, основой которой являются современные методы соблюдения асептики.

После стабилизации состояния и достижения средних показателей физического развития, получения информированного согласия родителей, проводится обучения родителей уходу за ребенком, нуждающимся в длительном парентеральном питании, в том числе обучением процедурам подключения и отключения питания, уходу за катетером с соблюдением правил асептики.

Дети передаются под наблюдение в поликлинику по месту жительства с продолжением домашнего парентерального питания.

Профилактики развития синдрома короткой кишки нет. По возможности хирургам необходимо проводить максимально щадящее удаление кишечника (оставлять как можно бóльшую часть кишечника).

Раздел Критерии оценки качества медицинской помощи

№ п/п	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1.	Проводилась ли консультация специалистов по лечению СКК в течение 7 дней после выполненной обширной резекции кишечника	4	D
2.	Проводилось ли проведение полного парентерального или смешанного парентерально-энтерального питания сразу же после выполненной обширной резекции кишечника	4	D
3.	Проводилось ли лечение в системе домашнего парентерального и энтерального питания	4	D
4.	Проводилось ли хирургическое лечение с применением удлинительныхэнтеропластик	4	D

Список литературы

1. Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Волеводз Н.Н., Богова Е.А., Макаров С.П., Васильев К.Г., Исаева М.В., Бурмистров И.Ю., Акопян М.Г., Сакуов Ж.Н. УДЛИНЯЮЩАЯ ЭНТЕРОПЛАСТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ. Тезисы XI Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии», Москва 2012 г.
2. Аверьянова Ю.В., Степанов А.Э., Макаров С.П., Васильев К.Г., Исаева М.В., Бурмистров И.Ю., Брюсов Г.П., Мызин А.В., Рогожин Д.В., Ашманов К.Ю. Энтеропластика у детей с синдром короткой кишки. Осложнения и методы их предотвращения. Доклад на первом Российско-Германский Симпозиуме по вопросам короткой кишки в педиатрии в рамках очередного Конгресса по педиатрии и детской хирургии, Москва 2014г.
3. Бережанский Б. В., Жевнерев А.А.//Катетер-ассоциированные инфекции кровотока//журнал Клиническая микробиология антимикробная химиотерапия//2006.Том 8. №2.,стр. 130-144.
4. Биккулова Д.Ш., Джандарова Д. Т., Литвинов Д.В. //Выбор повязок на рану входного отверстия венозного катетера для профилактики катетер-ассоциированной инфекции кровообращения. //«Вестник интенсивной терапии» № 3, 2014., стр. 67-69.
5. Биккулова Д. Ш., Заболотский Д. В, Ершова О. Н., Кулабухов В. В.//Клинические рекомендации по профилактике катетер-ассоциированных инфекций и уходу за центральным венозным катетером// Клинические рекомендации// Драфт 14 съезда ФАР, 19-22 сентября 2014 года.
6. Ерпулева Ю.В. Роль аминокислот в программе парентерального питания у детей. Трудный пациент. 2014, №1-2, Том 12, с. 29-32.
7. Ерпулева Ю.В. Дифференцированный подход к назначению жировых эмульсий в детской практике. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. № 2, 2013, с. 80-88.
8. Ерпулева Ю.В., Лекманов А.У., Будкевич Л.И. Патент на изобретение №2306937. Способ раннего энтерального питания детей с тяжелой термической травмой. 2007.
9. Ерпулёва Ю.В., Боровик Т.Э., Иванина Т.А. Transthyretin (TTR) as a marker of protein deficiency in children. First International Congress on Transthyretin in Health and Disease, Strasbourg 2002, p. 101.
10. Ерпулёва Ю., Лекманов А.У., Лукин В.В., Иванина Т.А. и др. Сравнительная оценка нутритивного статуса ребенка с изменением показателя белка ТТР. Тезисы докладов

пятого международного конгресса “Парентеральное и энтеральное питание”. Москва 2001, с. 28-29

11. Лекманов А.У. Протокол катетризации вен. Москва. 2008 год.-20 стр.
12. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Слабука Н.В., Кыштымков М.В., Дьяконова Г.В. Тактика динамического наблюдения за детьми, перенесшими хирургические заболевания кишечника в периоде новорожденности, Вестник семейной медицины, 2006, 1 30-32.
13. Мухина Ю.Г., Чубарова А.И., Слабука Н.В., Кыштымков М.В., Дьяконова Г.В., Степанова Н.В., Эпидемиология и исходы хирургических заболеваний периода новорожденности, Вестник семейной медицины, 2006, № 3, 28-30.
14. Нутритивная поддержка детей в интенсивной терапии. Глава 37. Национальное руководство Парентеральное и энтеральное питание /под ред. Проф.М.Ш.Хубутия, проф.Т.С.Поповой, проф.А.И.Салтанова издание «ГЭОТАР-Медиа», 2014 -799 с.
15. Парентеральное питание новорожденных, РАСПИМ, РАН, Союз педиатров России, 2014, 48 стр.
16. Руководство по клиническому питанию. Особенности нутриционной поддержки больных в педиатрии. Глава11. Клиническое питание больных в интенсивной медицине: практическое руководство /под ред. Луфта В.М., Багненко С.Ф., издание второе, дополненное. Спб., «Арт-Экспресс», 2013-460 с., с илл.
17. Чубарова А.И., Слабука Н.В., Кыштымков М.В., Голоденко Н.В. Опыт лечения ребенка первого года жизни с синдромом короткой кишки с использованием домашнего парентерального питания, Вопросы детской диетологии, 2004, т. 2, № 6, 80-86. 18. Bianchi A. Autologous gastrointestinal reconstruction for short bowel syndrome. Br J Hosp Med (Lond). 2007 Jan;68(1):24-7.
18. Biren P Modi and all. First Report of the International Serial Transverse Enteroplasty Data Registry: Indications, Efficacy, and Complications. J Am Coll Surg. 2007 March ; 204(3): 365–371. 20. Burrin DG1, Ng K, Stoll B, Sáenz De Pipaón M. Impact of new-generation lipid emulsions on cellular mechanisms of parenteral nutrition-associated liver disease. AdvNutr. 2014 Jan 1;5(1):82-91.
19. Buchman AL, Moukarzel AA, Bhuta S, Belle M, Ament ME, Eckhert CD, Hollander D, Gornbein J, Kopple JD, and Vijayaraghavan SR. Parenteral nutrition is associated with intestinal morphologic and functional changes in humans. JPEN J Parenter Enteral Nutr 19: 453–460, 1995 22. Chang MI1, Puder M, Gura KM. The use of fish oil lipid emulsion in the treatment of intestinal failure associated liver disease (IFALD). Nutrients. 2012 Nov 27;4(12):1828-50.

20. Crook MA. Refeeding syndrome: problems with definition and management. *Nutrition*. 2014 Nov-Dec;30(11-12):1448-55. doi: 10.1016/j.nut.2014.03.026. Epub 2014 Apr 18.
21. Cordero Cruz AM1, Aguilera Vizcaíno MJ, González Fuentes C, Rubio Murillo M, Moreno Villares JM, Gomis Muñoz P, Herreros de Tejada A. Home parenteral nutrition in infants and children in a tertiary level hospital between 1993 and 2009. *Nutr Hosp*. 2012 Jan-Feb;27(1):262-5.
22. Dibb M1, Teubner A, Theis V, Shaffer J, Lal S. Review article: the management of long-term parenteral nutrition. *Aliment Pharmacol Ther*. 2013 Mar;37(6):587-603.
23. Fusaro F1, Hermans D, Wanty C, Veyckemans F, Pirenne J, Reding R. Post-serial transverse enteroplasty bowel redilatation treated by longitudinal intestinal lengthening and tailoring procedure. *J Pediatr Surg*. 2012 Oct;47(10):e19-22.
24. Helder O1, Kornelisse R, van der Starre C, Tibboel D, Looman C, Wijnen R, Poley M, Ista E. Implementation of a children's hospital-wide central venous catheter insertion and maintenance bundle. *BMC Health Serv Res*. 2013 Oct 14;13:417.
25. Kaji T1, Tanaka H, Wallace LE, Kravarusic D, Holst J, Sigalet DL. Nutritional effects of the serial transverse enteroplasty procedure in experimental short bowel syndrome. *J Pediatr Surg*. 2009 Aug;44(8):1552-9.
26. Kim HB, Lee PW, Garza J, et al. Serial transverse enteroplasty for short bowel syndrome: a case report. *J Pediatr Surg*. 2003; 38:881–885.
27. Kim HB, Fauza D, Garza J, et al. Serial transverse enteroplasty (STEP): a novel bowel lengthening procedure. *J Pediatr Surg*. 2003; 38:425–429.
28. Luo M1, Fernández-Estívariz C, Manatunga AK, Bazargan N, Gu LH, Jones DP, Klapproth JM, Sitaraman SV, Leader LM, Galloway JR, Ziegler TR. Are plasma citrulline and glutamine biomarkers of intestinal absorptive function in patients with short bowel syndrome? *PEN J Parenter Enteral Nutr*. 2007 Jan-Feb;31(1):1-7.
29. Martin GR1, Beck PL, Sigalet DL. Gut hormones, and short bowel syndrome: the enigmatic role of glucagon-like peptide-2 in the regulation of intestinal adaptation. *World J Gastroenterol*. 2006 Jul 14;12(26):4117-29.
30. Miyasaka EA1, Brown PI, Kadoura S, Harris MB, Teitelbaum DH. The adolescent child with short bowel syndrome: new onset of failure to thrive and need for increased nutritional supplementation. *J Pediatr Surg*. 2010 Jun;45(6):1280-6.
31. Modi BP1, Ching YA, Langer M, Donovan K, Fauza DO, Kim HB, Jaksic T, Nurko S. Preservation of intestinal motility after the serial transverse enteroplasty procedure in a large animal model of short bowel syndrome. *J Pediatr Surg*. 2009 Jan;44(1):229-35;

32. Modi BP1, Langer M, Ching YA, Valim C, Waterford SD, Iglesias J, Duro D, Lo C, Jaksic T, Duggan C. Improved survival in a multidisciplinary short bowel syndrome program. *J Pediatr Surg.* 2008 Jan;43(1):20-4.
33. Mohammed A1, Grant FK, Zhao VM, Shane AL, Ziegler TR, Cole CR. Characterization of posthospital bloodstream infections in children requiring home parenteral nutrition. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2011 Sep;35(5):581-7.
34. Mardini HE, de Villiers WJ. Teduglutide in intestinal adaptation and repair: light at the end of the tunnel. *Expert Opin Investig Drugs.* 2008 Jun;17(6):945-51.
35. Olieman JF1, Poley MJ, Gischler SJ, Penning C, Escher JC, van den Hoonaard TL, van Goudoever JB, Bax NM, Tibboel D, IJsselstijn H. Interdisciplinary management of infantile short bowel syndrome: resource consumption, growth, and nutrition. *J Pediatr Surg.* 2010 Mar;45(3):490-8.
36. Piper H1, Modi BP, Kim HB, Fauza D, Glickman J, Jaksic T. The second STEP: the feasibility of repeat serial transverse enteroplasty. *J Pediatr Surg.* 2006 Dec;41(12):1951-6.
37. Raphael BP1, Duggan C. Prevention and treatment of intestinal failure-associated liver disease in children. *Semin Liver Dis.* 2012 Nov;32(4):341-7.
38. Reinshagen K1, Kabs C, Wirth H, Hable N, Brade J, Zahn K, Hagl C, Jester I, Waag KL. Long-term outcome in patients with short bowel syndrome after longitudinal intestinal lengthening and tailoring. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008 Nov;47(5):573-8.
39. St-Jules DE, Watters CA, Iwamoto LM. Use of Fish Oil-Based Lipid Emulsions in Infants With Intestinal Failure-Associated Liver Disease: A Case Series. *Infant Child Adolesc Nutr.* 2014 Feb;6(1):6-13.
40. Schalamon J1, Mayr JM, Höllwarth ME. Mortality and economics in short bowel syndrome. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2003 Dec;17(6):931-42.
41. Spencer AU1, Kovacevich D, McKinney-Barnett M, Hair D, Canham J, Maksym C, Teitelbaum DH. Pediatric short-bowel syndrome: the cost of comprehensive care. *Am J Clin Nutr.* 2008 Dec;88(6):1552-9.
42. Sudan D1, Thompson J, Botha J, Grant W, Antonson D, Raynor S, Langnas A. Comparison of intestinal lengthening procedures for patients with short bowel syndrome. *Ann Surg.* 2007 Oct;246(4):593-601.
43. Stark R1, Zupkekan T, Bondada S, Dunn JC. Restoration of mechanically lengthened jejunum into intestinal continuity in rats. *J Pediatr Surg.* 2011 Dec;46(12):2321-6. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2011.09.019.

44. Tekin A, Yemiş M, Küçükkartallar T, Vatansever C, Çakir M, Yılmaz H, Toy H, Özer Ş. The effects of oral liquid and intravenous glutamine on bowel adaptation in a rabbit short bowel syndrome model. *Turk J Gastroenterol.* 2010 Sep;21(3):236-43.
45. Tracey Johnson, Elaine Sexton. Managing children and adolescents on parenteral nutrition: challenges for the nutritional support team. *Proc Nutr Soc.* 2006 Aug;65(3):217-21.
46. UbolratPiamjariyakul. Complex Home Care: Part I-Utilization and Costs to Families for Health Care Services Each Year. *Nurs Econ.* Aug 2010; 28(4): 255–264.
47. Vianna RM1, Mangus RS, Tector AJ. Current status of small bowel and multivisceral transplantation. *Adv Surg.* 2008;42:129-50.
48. Wales PW, de Silva N, Kim J, et al. Neonatal short bowel syndrome: population-based estimates of incidence and mortality rates. *J Pediatr Surg.* 2004; 39:690–695.
49. Williamson RC. Intestinal adaptation. Structural, functional and cytokinetic changes. *N Engl J Med* 298: 1393–1402, 1978,
50. Williamson RC. Intestinal adaptation. Mechanisms of control. *N Engl J Med* 298: 1 444–1450, 1978 54. Wesól-Kucharska D. [Prevention of osteopenia in premature infants]. [*Med WiekuRozwoj.* 2008 Oct-Dec;12(4 Pt 1):924-32.
51. Wengler A1, Micklewright A, Hébuterne X, Bozzetti F, Pertkiewicz M, Moreno J, Pironi L, Thul P, Van Gossum A, Staun M; ESPEN-Home Artificial Nutrition working group. Monitoring of patients on home parenteral nutrition (HPN) in Europe: a questionnaire based study on monitoring practice in 42 centres. *Clin Nutr.* 2006 Aug;25(4):693-700.
52. Weaver LT1, Austin S, Cole TJ. Small intestinal length: a factor essential for gut adaptation. *Gut.* 1991 Nov;32(11):1321-3.
53. Xu ZW1, Li YS. Pathogenesis and treatment of parenteral nutrition-associated liver disease. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2012 Dec 15;11(6):586-93.
54. Zamvar V1, Puntis JW, Gupte G, Lazonby G, Holden C, Sexton E, Bunford C, Protheroe S, Beath SV. Social circumstances and medical complications in children with intestinal failure. *Arch Dis Child.* 2014 Apr;99(4):336-41.
55. Zhou X, Li YX, Li N, Li JS. Effect of bowel rehabilitative therapy on structural adaptation of remnant small intestine: animal experiment. *World J Gastroenterol.* 2001 Feb;7(1):66-73.

Приложение А1- состав рабочей группы

1. Аверьянова Юлия Валентиновна к.м.н., детский хирург ФГБУ «Российская детская клиническая больница» Минздрава России
2. Вессель Лукас профессор, директор клиники детской хирургии университета Гайдельберг, Германия
3. Ерпулёва Юлия Владимировна д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России.
4. Николаев Василий Викторович д.м.н., профессор кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России.
5. Поддубный Игорь Витальевич - д.м.н, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии МГМСУ им. А.И.Евдокимова
6. Степанов Алексей Эдуардович к.м.н., доцент кафедры детской хирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России.
7. Чубарова Антонина Игоревна д.м.н., профессор кафедры госпитальной педиатрии №1 ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И.Пирогова» Минздрава России
8. Щукин Владислав Владимирович к.м.н., доцент, заведующий отделением анестезиологии и реанимации ФГБУ ФНКЦ ДГОИ «им. Дм. Рогачева» Минздрава России
9. Хасанов Расуль Ринатович к.м.н., ассистент кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2 – методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций

Клинические рекомендации предназначены
детским хирургам,
анестезиологам и реаниматологам,
педиатрам, диетологам,
трансплантологам,
учащимся медицинских ВУЗов, системы последиplomного образования.

Уровни достоверности доказательств

В данных клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме (таблица 1).

Таблица 1.

Уровни достоверности доказательств

Уровень	Исследование методов лечения	Исследование методов диагностики
1a	Систематический обзор гомогенных рандомизированных клинических исследований (РКИ)	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований 1 уровня
1b	Отдельное РКИ (с узким доверительным индексом)	Валидизирующее когортное исследование с качественным «золотым» стандартом
1c	Исследование «Все или ничего»	Специфичность или чувствительность столь высоки, что положительный или отрицательный результат позволяет исключить/установить диагноз
2a	Систематический обзор (гомогенных) когортных исследований	Систематический обзор гомогенных диагностических исследований >2 уровня
2b	Отдельное когортное исследование (включая РКИ низкого качества; т.е. с <80% пациентов, прошедших контрольное наблюдение)	Разведочное когортное исследование с качественным «золотым» стандартом
2c	Исследование «исходов»; экологические исследования	нет
3a	Систематический обзор гомогенных исследований «случай-контроль»	Систематический обзор гомогенных исследований уровня 3В и выше
3b	Отдельное исследование «случай-контроль»	Исследование с непоследовательным набором или без проведения исследования «золотого» стандарта у всех испытуемых
4	Серия случаев (и когортные	Исследование случай-контроль или

Уровень	Исследование методов лечения	Исследование методов диагностики
	исследования или исследования «случай-контроль» (низкого качества)	исследование с некачественным или зависимым «золотым» стандартом
5	Мнение экспертов без тщательной критической оценки, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»	Мнение экспертов без тщательной критической оценки или основанное на физиологии, лабораторные исследования на животных или разработка «первых принципов»

Примечание: РКИ – рандомизированные клинические исследования

Уровень убедительности рекомендации

A	Подтверждены систематическим обзором и (или) как минимум двумя РКИ высокого качества.
Уровень доказательства 1a, 1b.	
B	Подтверждены групповыми исследованиями или исследованиями типа случай-контроль хорошего качества
Уровень доказательства 2a, 2b.	
C	Подтверждены исследованиями серий случаев, групповыми исследованиями низкого качества и (или) изучением «исходов».
Уровень доказательства 2c, 3.	
D	Мнение эксперта, согласованное решение комитета
Уровень доказательства 4.	

Порядок обновления клинических рекомендаций

По мере возникновения новых знаний о сути болезни в рекомендации будут внесены соответствующие изменения и дополнения.

Настоящие клинические рекомендации основаны на результатах исследований, опубликованных в 2000 – 2015 годах.

Приложение Б – алгоритмы ведения пациента

Маршрутизация больных с синдромом короткой кишки (СКК) (МКБ 10: K92.1)/

Появление пациента с СКК

Занесение данных о пациенте в Общероссийский онлайн реестр детей с СКК

Первичное поступление в клинику, специализирующуюся на лечении данной патологии.

Обеспечение пациента адекватным постоянным венозным доступом (туннелизированные катетеры, имплантированные порты).

Проведение полного парентерального питания или смешанного парентерально-энтерального питания до стабилизации состояния больного с восстановлением КОС, электролитного баланса, адекватной жизнедеятельности организма и оптимальных весо-ростовых показателей

При стабильном состоянии больного и при возможности обеспечить ребенка постоянным венозным доступом в регионе – введение пациента дистанционно.

В этот период возможны применение зондового питания или установка гастростомы для проведения ночного энтерального питания

После подбора режима и состава нутритивной поддержки – продолжение лечения в системе домашнего парентерального питания, под контролем участкового педиатра с коррекцией терапии дистанционно в режиме онлайн

Решение вопроса о сроках проведения аутологичных реконструктивных операций на ЖКТ.

Госпитализация в клинику для выполнения оперативного вмешательства

Продолжение ППП в раннем послеоперационном периоде с последующим переходом на частичное ПП и энтеральную трофическую нагрузку.

Частичное ПП проводят до появления интестинальной адаптации и возможности жизнедеятельности за счет полного энтерального питания.

Выписка домой для продолжения лечения в системе домашнего парентерального питания.

.При необходимости – повторное проведение удлинительных энтеропластик.

При неэффективности выше обозначенных методов, при наличии выраженных осложнений, интестинальной и печеночно-клеточной недостаточности, решается вопрос о необходимости и сроках проведения трансплантации кишечника

Приложение В – информация для пациента.

Синдром короткой кишки – это целый комплекс различных хронических расстройств, развивающихся после операций по удалению более 75% кишечника (тонкой кишки).

Развитие синдрома короткой кишки связано с тем, что бóльшая часть кишечника «выключается» из процесса пищеварения. Таким образом, возникает мальабсорбция (нарушение процессов всасывания питательных веществ в кишечнике), мальдигестия (нарушение переваривания пищи в кишечнике) и трофологическая недостаточность (дисбаланс между поступлением питательных веществ и потребностью организма в них).

Причина развития синдрома короткой кишки – операция по удалению части кишечника (тонкой кишки), которая может быть проведена по следующим причинам:

- Некротический энтероколит
- Врожденное укорочение тонкой кишки
- Гастрошизис с заворотом кишок
- Протяженные или множественные интестинальные атрезии
- Мальротация и заворот кишок
- Болезнь Гиршпрунга, тотальная форма;
- Синдром Зульцера-Вильсона
- Мезентериальный тромбоз
- Протяженные тонко-тонкокишечные инвагинации
- Спаечная кишечная непроходимость
- Повреждение кишечника
- Опухоли кишечника

Диагностика

Анализ анамнеза заболевания и жалоб (когда (как давно) появились симптомы заболевания, как часто возникает понос, когда и по поводу чего была проведена операции на кишечнике, в каком объеме она была выполнена и др.).

Анализ анамнеза жизни (какие заболевания кишечника были в течение жизни, травмы, опухоли, пребывание в местах радиационной опасности и др.).

Физикальный осмотр. Отмечается болезненность при пальпации (ощупывании) живота, его вздутие, бледность, сухость кожи и слизистых, отеки и др.

Лабораторные методы исследования.

Общий анализ крови (для выявления возможной анемии («малокровия», снижения содержания эритроцитов (красных клеток крови) и гемоглобина (белка-переносчика

кислорода)), возможных признаков воспалительного процесса (повышения СОЭ, лейкоцитов (белых клеток крови)).

Биохимический анализ крови: для определения содержания ионов в крови (калий, натрий, кальций), белка, показателей функции почек (насколько они справляются со своей функцией), витаминов и др.

Посев крови при подозрении на сепсис (заражение крови).

Копрограмма (анализ кала): для выявления непереваренных фрагментов пищи и жиров.

Инструментальные методы исследования применяют для выявления многочисленных осложнений, которые развиваются на фоне синдрома короткой кишки.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости.

Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов брюшной полости.

Рентгенологическое исследование кишечника и органов брюшной полости для выявления возможных осложнений.

рН-метрия – определение кислотности желудочного сока, так как зачастую после операции отмечается гиперсекреция (повышенное выделение) соляной кислоты.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) – осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка и 12-перстной кишки с помощью специального оптического прибора – эндоскопа. Используют при подозрении на образование язв (глубоких дефектов стенки органа) в желудке и кишечнике.

Консультация гастроэнтеролога.

Лечение синдром короткой кишки

Подходы к лечению синдрома короткой кишки зависят от периода и тяжести клинических проявлений. В лечении применяют несколько методов.

Парентеральное питание (внутривенное введение питательных веществ).

Диета:

частое дробное питание небольшими порциями;

употребление в пищу соков, постных бульонов;

молочные продукты для восполнения дефицита кальция (кисломолочные продукты, нежирные сыры). Молоко у некоторых пациентов может вызывать усиление диареи (частый жидкий стул), поэтому его следует употреблять с осторожностью;

термически и химически щадящая пища (на пару, без специй и усилителей вкуса);

исключение из рациона жареной и острой пищи.

Препараты для лечения обезвоживания и восполнения потерь жидкости.

Лечение диареи (частый жидкий стул) — прием противодиарейных препаратов.

Антациды (препараты, снижающие кислотность желудочного содержимого).

Ингибиторы протонной помпы — препараты, снижающие выработку кислого содержимого желудком.

Препараты, улучшающие всасывание желчных кислот в кишечнике.

Поливитаминовые препараты (комплекс витаминов).

Антибиотики (препараты для лечения инфекций).

Хирургическое лечение при необходимости:

пластическая (восстановление проходимости кишечника) операция оставшейся части кишечника;

формирование искусственных клапанов в кишечнике (для восстановления нормального пассажа (продвижения) пищи по нему);

трансплантация (пересадка) части кишечника от донора и др.

Осложнения и последствия

Гиповитаминоз за счет нарушения всасывания витаминов в кишечнике:

витамина А — « куриная слепота» (нарушение сумеречного зрения (зрение в условиях плохого освещения, в сумерках)), сухость кожи и слизистых оболочек, склер глаз;

витамина D — остеопороз (снижение плотности костной ткани), переломы костей;

витамина К — возникновение кровотечений;

витамина Е — мышечная слабость, бесплодие.

Образование камней в желчном пузыре.

Холестаз (патологический (ненормальный) процесс, связанный с нарушением синтеза (образования), секреции (выделения) и поступления желчи или ее отдельных компонентов в 12-перстную кишку — иными словами, застой желчи).

Нефролитиаз (образование камней в почках).

Микробное обсеменение (чрезмерное (активное) размножение микробов в кишечнике) кишечника за счет усиленного размножения микроорганизмов в оставшейся части кишечника.

Образование язв (глубоких дефектов стенки органа) в желудке и кишечнике.

Нарушение всасывания некоторых лекарственных препаратов (поэтому при наличии сопутствующих заболеваний, требующих назначения лекарств, необходимо с медикаментов в форме таблеток нужно переходить на препараты, которые не всасываются в кишечнике (сублингвальные (под язык) формы, инъекции и др.)).

Метаболический ацидоз (состояние, связанное с повышенным накоплением молочной кислоты в организме). Это вызывает усиление поноса, неврологические расстройства.

Профилактика синдром короткой кишки

Профилактики развития синдрома короткой кишки нет. По возможности хирургам необходимо проводить максимально щадящее удаление кишечника (оставлять как можно бóльшую часть кишечника).