

**Сведения об авторах статьи:**

**Кашаев Марат Шамильевич** – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО, сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. E-mail: mkashaev@gmail.com.

**Фархутдинов Феликс Фанисович** – сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. E-mail: 3phill@mail.ru.

**Таймасова Ирина Азатовна** – студент лечебного факультета ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: irina-tame@yandex.ru.

**Сафин Руслан Фанильевич** – сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2. E-mail: rfsafin@gmail.com.

**Фаттахов Руслан Фуатович** – сердечно-сосудистый хирург отделения сосудистой хирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

**Каримов Ильдар Ришатович** – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

**Нуриманшин Алмаз Флюсович** – анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

**Губайдуллин Салават Мирьянович** – к.м.н., зав. отделением сосудистой хирургии Клиники ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450083, г. Уфа, ул. Шафиева, 2.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 г. № 835н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром тромбозе в системе верхней и нижней полых вен".
2. Дементьева, И.И. Система гемостаза при операциях на сердце и магистральных сосудах / И.И. Дементьева, М.А. Чарная, Ю.А. Морозов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 426 с.
3. Гепарининдуцированная тромбоцитопения (описание случая) / Д.С.Гуторова [и др.] // Тромбоз, гемостаз, реология. – 2009. – № 2. – С. 74-78.
4. Platelet factor 4 complexed to heparin is the target for antibodies generated in heparin-induced thrombocytopenia (Letter) / J. Amiral [et al.] // Thromb Haemost. – 1992. – Vol. 68. – P. 95-96.
5. Heparin-induced thrombocytopenia: laboratory studies / J.G. Kelton [et al.] // Blood. – 1988. – Vol. 72. – P. 925-930.
6. Newman, P.M. Heparin-induced thrombocytopenia: new evidence for the dynamic binding of purified anti-PF4-heparin antibodies to platelets and the resultant platelet activation / P.M. Newman, B.H. Chong // Blood. – 2000. – Vol. 96. – P. 182-187.
7. Warkentin, T.E. A 14-year study of heparin-induced thrombocytopenia / T.E. Warkentin, J.G. Kelton // Am J Med. – 1996. – Vol. 101. – P. 502-507.

УДК 616-06

© Коллектив авторов, 2017

**А.М. Сулейманов<sup>1</sup>, А.Н. Питюк<sup>1</sup>, Г.А. Файзуллина<sup>2</sup>, М.Б. Убайдуллаев<sup>2</sup>, Ю.В. Ярыш<sup>2</sup>**  
**ПЕРВИЧНЫЙ СПОНТАННЫЙ ПНЕВМОТОРАКС И ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА –**  
**ОСЛОЖНЕНИЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ?**

<sup>1</sup>ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа

<sup>2</sup>ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится описание редкого случая спонтанного пневмоторакса у двух оперированных больных женского пола с патологией челюстно-лицевой области. Оперативное лечение проводилось под эндотрахеальным наркозом. В анамнезе у обеих пациенток был хронический бронхит. В послеоперационном периоде после сильного кашля отмечено развитие спонтанного пневмоторакса с разной степенью тяжести. После купирования правостороннего пневмоторакса у одной пациентки через 6 дней после операции развился левосторонний пневмоторакс. Как расценивать подобные осложнения – как казуистику или как возможное осложнение после анестезиологического пособия? Какие меры профилактики необходимы для предупреждения спонтанного пневмоторакса?

**Ключевые слова:** спонтанный пневмоторакс, анестезиологическое пособие, подкожная эмфизема, компьютерная томограмма.

**A.M. Suleymanov, A.N. Pityuk, G.A. Fayzullina, M.B. Ubaydullaev, Yu.V. Yarysh**  
**PRIMARY SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX AND SUBCUTANEOUS**  
**EMPHYSEMA: A COMPLICATION OF ANESTHESIA?**

The article describes a rare case of spontaneous pneumothorax in 2 operated female patients with pathology of the maxillofacial region. Surgical treatment was performed using endotracheal anesthesia. The history of both patients had chronic bronchitis. In the postoperative period after a strong cough we noted the development of spontaneous pneumothorax with varying degrees of severity. After arresting right-sided pneumothorax in one patient, 6 days after surgery left-sided pneumothorax developed. How to interpret these complications: is it an oddity or a possible complication of anesthesia? What preventive measures should be taken to prevent spontaneous pneumothorax?

**Key words:** spontaneous pneumothorax, anesthesia, subcutaneous emphysema, CT scan.

Среди причин первичного спонтанного пневмоторакса, развившегося на фоне нормального состояния легочной ткани, приводят-ся перепады давления при проведении водолазных работ, полете на самолете, у альпинистов. Механизм пневмоторакса заключается в

следующем: когда внутриальвеолярное давление превышает давление в легочном интерстиции, во время кашля происходит разрыв альвеол. Воздух проникает в интерстиций и проходит к корням легкого, вызывая эмфизему средостения. Если же разрыв происходит близко к корням легкого, то рвется и париетальная плевро, и воздух оказывается в плевральной полости. При повреждении пристеночной плевро воздух проникает в подкожную клетчатку, в результате чего образуется подкожная эмфизема. Воздух распространяется по подкожно-жировой клетчатке на грудную клетку, шею, лицо, переднюю брюшную стенку [1].

В нашей практике мы наблюдали два случая первичного спонтанного пневмоторакса у больных женского пола после хирургической операции челюстно-лицевой области.

#### Клинический случай 1.

Больная А., 50 лет, безработная, 11.02.2016 г. была госпитализирована на плановое оперативное лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГKB № 21 г. Уфы с диагнозом хронический кистозный верхнечелюстной синусит слева. Кистозное образование верхнечелюстной пазухи было выявлено в результате компьютерной томографии (КТ).

Больная в течение года жаловалась на затрудненность носового дыхания слева. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, хронический бронхит.

Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 66 ударов/мин.

Местный статус: лицо симметричное. Кожа лица физиологической окраски. Слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная.

При анализе данных КТ придаточных пазух носа определялся купол оболочки кисты верхнечелюстной пазухи в области проекции корней моляров размером 3,0 × 2,0 см округлой формы.

В предоперационном периоде проведены исследования:

общий анализ крови (от 26.01.2016 г.) – эритроциты –  $4,25 \times 10^{12}$ /л, Нв – 113 г/л, тромбоциты –  $179 \times 10^9$ /л; лейкоциты –  $5,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные – 55 %, эозинофилы – 5 %, лимфоциты – 34%, моноциты – 6%.

Биохимический анализ крови (от 28.01.2016 г.) – общий белок – 74,8 г/л; ка-

лий – 4,7 ммоль/л; натрий – 148 мкмоль/л; мочевины – 5,6 ммоль/л, билирубин общий – 9,7 мкмоль/л, холестерин – 5,81 ммоль/л, креатинин – 83 мкмоль/л.

Анализ мочи (от 26.01.2016 г.) – уд. вес 1010, реакция кислая.

Спирография (от 25.01.2016 г.) – вентиляционная функция легких в пределах нормы.

ЭКГ (от 26.01.2016г.) – синусовый ритм, ЭОС не отклонена.

12.02.2016 г. под эндотрахеальным наркозом произведена эндоскопическая гайморотомия слева – трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи в области клыковой ямки слева троакаром Козлова. После трепанации пазухи эндоскопом 0° определена локализация оболочки кисты 3,0×2,0см с прозрачным жидкостным содержимым. Щипцами Блексли удалена оболочка кисты, которая была направлена на гистологическое исследование. Осмотр соустья со средним носовым ходом показал, что соустье функционирует. Антисептическая обработка полости верхнечелюстной пазухи проведена водным раствором хлоргексидина. На рану переходной складки наложены швы викрилом 4/0. Время операции 11:50-12:25 ч.

В послеоперационном периоде 12.02.2016г., находясь в палате после кашля больная начала жаловаться на нехватку воздуха. В 12:50 ч. в палату был вызван врач-анестезиолог.

Больная находилась в положении лежа на кровати, у нее наблюдались выраженная подкожная эмфизема лица, шеи, верхней половины грудной клетки, выраженная одышка. Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Возбуждена, жаловалась на нехватку воздуха. Кожные покровы розовые, наблюдалась выраженная подкожная эмфизема лица, верхней половины грудной клетки, плеч. Дыхательная недостаточность (ДН) II-III степеней. Частота дыхания 30 в мин. Показатель SpO<sub>2</sub> – 97%. Аускультативно: дыхание жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий. В связи с тяжестью состояния и необходимостью интенсивной терапии больная была переведена в отделение реанимации. Произведена катетеризация периферической вены, начата инфузия физиологического раствора 500 мл, струйно введен преднизолон 90 мг. В связи с нарастанием дыхательной недостаточности до 35 в мин. и психомоторным возбуждением решено перевести больную на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

12.02.2016 г. 15:30 ч. Общее состояние больной тяжелое. Дыхание затрудненное, наблюдается наличие подкожной эмфиземы в области лица, шеи, грудной клетки (больше справа). Подкожные покровы бледные. Дыхание ровное, свободное. ЧД – 19 в мин. В легких жесткое дыхание, дыхательные шумы несколько ослаблены. Тоны сердца приглушены. АД 120/80 мм рт. ст., пульс – 85 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Показатель  $SpO_2$  – 99%.

Была проведена КТ органов грудной клетки и грудного отдела позвоночника. На серии компьютерных томограмм мягких тканей шеи наблюдалась массивная подкожная эмфизема по передней и боковым поверхностям грудной клетки. Наличие воздуха в плевральной полости справа в большом количестве в области верхушки, медиастинально, вдоль переднебоковой поверхности грудной стенки, в нижних отделах, правое легкое коллабировано, уменьшено в объеме на 1/2. Органы средостения смещены влево, средостение не расширено, в центральном переднем средостении определяется наличие свободного воздуха (рис. 1).

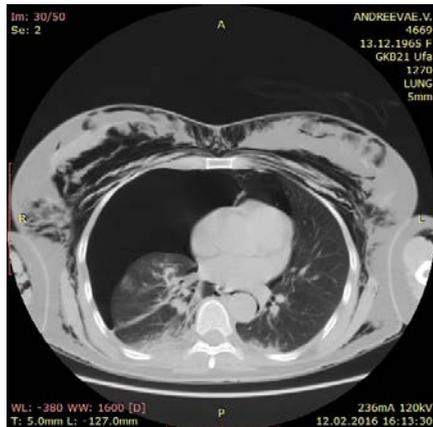


Рис 1. Больная А., 50 лет. Компьютерная томография органов грудной клетки. Наблюдаются признаки эмфиземы плевральной полости справа

В 16:00 ч. произведена катетеризация плевральной полости справа во втором межреберье по среднеключичной линии – эвакуировано около 1800 мл воздуха. Оставлен трубчатый дренаж диаметром 1,4мм (подключичный катетер) в плевральной полости для активной аспирации воздуха. После проведенного мероприятия дыхание ровное, свободное. Дыхательные шумы проводятся во все отделы легкого. АД 115/75 мм рт. ст., пульс 78 ударов в мин. Признаки подкожной эмфиземы не нарастают.

Больная наблюдалась в динамике, по дренажу Бюлау поступление воздуха было в незначительном количестве. Значительное

уменьшение подкожной эмфиземы отмечалось к утру 14.02.2016 г. Дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы по всем полям. По дренажу поступления воздуха нет.

15.02.2016 г. больная переведена из отделения хирургической реанимации в отделение челюстно-лицевой хирургии. Общее состояние стабильное, АД 120/75 мм рт. ст.

ОАК (от 16.02.2016 г.) – эритроциты –  $3,75 \times 10^{12}/л$ , Нв – 122г/л, тромбоциты –  $208 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $6,6 \times 10^9/л$ , СОЭ – 34 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные – 44%, палочкоядерные – 2%, лимфоциты – 50%, моноциты – 4%.

18.02.2016 г. проведена контрольная томография органов грудной клетки. Подкожная эмфизема уменьшилась по передней и боковым поверхностям грудной клетки до лопаточной линии. Справа легкое расправилось. Наличие воздуха в плевральной полости слева в большом количестве, легкое коллабировано на 2/3, в области верхушки медиастинально, вдоль переднебоковой поверхности грудной клетки – воздух. Признаки скопления компонента жидкостной плотности в плевральной полости слева высотой до 37 мм. Органы средостения не смещены, средостение не расширено, в центральном переднем средостении определяется наличие свободного воздуха (рис. 2).

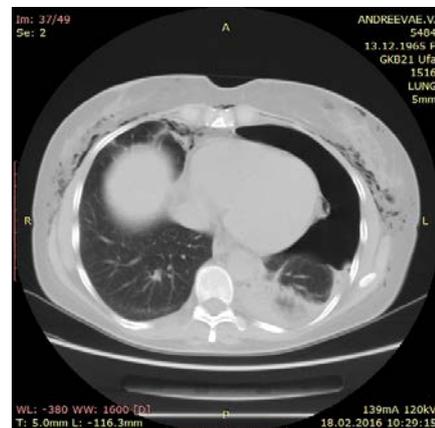


Рис 2. Больная А., 50 лет. Компьютерная томография органов грудной клетки. Наблюдаются признаки эмфиземы плевральной полости слева

18.02.2016 г. проведена контрольная рентгенография органов грудной клетки, выявлены признаки гидропневмоторакса слева. В 11:20 ч. произведен под местной анестезией торакоцентез в четвертом межреберье слева – получено около 200 мл серозной жидкости с примесью воздуха. На консультации пульмонологом выставлен диагноз спонтанный двухсторонний пневмоторакс. Сопутствующий диагноз обострение хронического бронхита. Рекомендована консультация торакального хирурга.

19.02.2016 г. проведена консультация торакальным хирургом и выставлен диагноз буллезная эмфизема легких, левосторонний спонтанный пневмоторакс.

По результатам гистологического исследования оболочки кисты установлено, что она представлена волокнистой тканью с признаками отека, воспалительной инфильтрации, полнокровными сосудами.

По рекомендации торакального хирурга проведен перевод пациентки для дальнейшего лечения в торакальное отделение ГКБ № 6 г. Уфы.

Клинический случай 2.

Больная А., 64 года, пенсионерка, 11.04.2016 г. была госпитализирована на плановое оперативное лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы с диагнозом остеобластокластома тела и ветви нижней челюсти слева.

Больная отмечает наличие опухолевидного образования в нижней челюсти в течение семи лет. Заболевание нижней челюсти выявлено случайно при подготовке санации полости рта. Из перенесенных заболеваний указывает простудные, в анамнезе – гипертоническая болезнь, хронический панкреатит, хронический бронхит более 10 лет.

Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 66/мин.

Местно: лицо симметричное, кожа лица физиологической окраски, слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная.

При анализе данных КТ и ортопантограммы определялись ячеистой формы очаги остеопороза костной ткани тела и ветви нижней челюсти размером 5×2,5 см с незначительной деформацией. Нижнечелюстной канал прослеживается по всему протяжению.

В предоперационном периоде проведены исследования:

ОАК (от 21.03. 2016 г.) – эритроциты –  $5,07 \times 10^{12}/л$ , Нв – 140г/л, тромбоциты –  $215 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $7,2 \times 10^9/л$ , СОЭ – 23 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные – 40 %, эозинофилы – 5%, лимфоциты – 50 %, моноциты – 10 %.

Биохимический анализ крови (от 10.02.2016 г.) – общий белок – 70 г/л; мочевины – 6,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,0 мкмоль/л, холестерин – 6,00 ммоль/л, креатинин – 93 мкмоль/л.

Анализ мочи (от 21.03.2016 г.) – уд. вес 1020, реакция кислая.

Спирография (от 25.01.2016 г.) – вентиляционная функция легких в пределах условной нормы.

ЭКГ (от 10.02.2016 г.) – синусовый ритм, ЭОС горизонтальный.

12.04.2016 г. под эндотрахеальным наркозом произведена экскохлеация новообразования нижней челюсти слева внутривидеоскопическим доступом. В послеоперационном периоде общее состояние соответствовало сроку и объему перенесенного вмешательства.

13.04.2016 г. в 9:20 ч. поступил вызов в палату. Пациентка находилась в положении сидя на кровати. Жалоба на чувство тяжести за грудиной при изменении положения тела. Отмечает, что вечером 12.04.2016 г. были рвота и сильный кашель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, в сознании. Поведение адекватное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Отмечается отечность мягких тканей поднижнечелюстной области слева. Язык чистый, влажный, подвижный. При пальпации шеи слева определяется подкожная крепитация. Дыхание спонтанное, жесткое, хрипы сухие, больше справа. Дыхательная недостаточность не выявлена. Частота дыхания 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. АД 105/75 мм рт. ст., пульс 70 в мин. Нарушения жизненно важных функций не выявлены. Состояние больной позволило продолжить лечение в отделении. Назначены рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, ЭКГ, фибробронхоскопия.

Результаты рентгенографии органов грудной клетки в прямой и левой боковой проекциях от 13.04.2016 г. показали, что в боковой проекции шеи и грудины определяется подкожная эмфизема. Легочный рисунок усилен, деформирован за счет бронхососудистого компонента по ячеистому типу преимущественно в прикорневых областях, несколько сгущен в базальных отделах с обеих сторон. Междолевая плевро справа уплотнена. Пневмосклероз. Корни малоструктурны, уплотнены. Купол диафрагмы справа на уровне VI ребра, слева на уровне VI ребра прослеживаются неровные, четкие контуры. Синусы: правый медиальный завуалирован, передний слева запаян. Сердце в пределах возрастных особенностей.

Наблюдение в динамике позволило констатировать стабильное состояние, подкожная эмфизема шеи не нарастает.

15.04.2016 г. в 00:10 ч. больная стала жаловаться на затрудненное дыхание. Отмечалось нарастание подкожной эмфиземы шеи

с распространением на правую сторону. Вызван дежурный врач-анестезиолог.

Общее состояние больной средней тяжести. Больная в сознании, излишне эмоциональная, беспокойная. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Дыхание спонтанное, ЧД 18 в мин., аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 170/90 мм рт. ст., пульс 90 в мин. Живот мягкий, не вздут. Пальпируется подкожная эмфизема в области шеи слева до ушной раковины, справа до средней трети шеи. В связи с риском развития асфиксии больная была переведена в отделение хирургической реанимации.

По данным ФЭГС (от 15.04.2016 г. 01:05) патологии пищевода не выявлено.

Общее состояние стабильное, подкожная эмфизема шеи не нарастает.

15.04.2016 г. в 12:00 ч. проведена консультация торакального хирурга и выставлен диагноз подкожная эмфизема, эмфизема средостения. Перфорация грушевидного синуса

под вопросом. Рекомендовано проведение ФГС, по результатам которой повреждение пищевода не установлено.

15.04.2016 г. больная в состоянии средней тяжести переводится в отделение челюстно-лицевой хирургии для проведения лечения и динамического наблюдения. 28.04.2016 г. отмечается полное купирование подкожной эмфиземы, пациентка была выписана в удовлетворительном состоянии.

#### **Выводы**

Приведенные примеры интересны тем, что для появления спонтанного пневмоторакса у пациенток не было явных клинических предпосылок, кроме хронического бронхита как сопутствующего заболевания. Остаются открытыми вопросы: относиться к этим случаям как к казуистике и быть настороженным при оперативном лечении больных под эндотрахеальным наркозом при наличии у них хронических заболеваний дыхательной системы или существуют общие предпосылки развития такого грозного осложнения, как спонтанный пневмоторакс?

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Сулейманов Азат Мудасирович** – к.м.н., зав. отделением челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел./факс: 8(347)246-53-40. E-mail: Suleimanov\_azat@mail.ru.

**Питюк Азлита Николаевна** – врач-рентгенолог ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел./факс: 8(347)246-53-40.

**Файзуллина Гузель Ахтямовна** – к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: flamingo004@yandex.ru.

**Убайдуллаев Мухаммадхон Бурханович** – д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: doctorumb@yandex.ru.

**Ярыш Юлия Викторовна** – врач-анестезиолог отделения анестезиологии и реанимации ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, Лесной проезд, 3. Тел./факс: 8(347)246-53-40. E-mail: milla-cool@mail.ru.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Sohn S.A. Spontaneous pneumothorax [Электронный ресурс]/ S.A. Sohn, J.E. Yeffner// The New England Journal of Medicine URL: [http://genmed.ru/med\\_bart4\\_343\\_03.html](http://genmed.ru/med_bart4_343_03.html).

УДК 616.351-008.1+616.053.2

© Р.Р. Хасанов, 2017

Р.Р. Хасанов

### **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ**

*ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»*

*Минздрава России, г. Уфа*

Синдром короткой кишки (СКК) – это тяжелое заболевание, развивающееся после массивной резекции тонкой кишки и являющееся одной из основных причин хронической кишечной недостаточности в детском возрасте. Частота развития СКК выше у недоношенных детей и детей с низкой массой тела, заболевание протекает у каждого пациента индивидуально. Целью данной работы стало изучение особенностей развития СКК в детском возрасте. Нами были изучены течение беременности матери пациента, причины массивной резекции кишечника, развитие и течение СКК. Исследованные нами дети имели четыре различных первичных диагноза. Были выявлены особенности развития и течения СКК у детей в зависимости от первичного заболевания. Выявленные особенности позволят лучше определять группу риска среди пациентов и планировать оперативное вмешательство и послеоперационное ведение данных пациентов.

**Ключевые слова:** синдром короткой кишки, кишечная недостаточность, дети.

R.R. Khasanov

### **FEATURES OF DEVELOPMENT OF SHORT BOWEL SYNDROME IN CHILDREN**

Short bowel syndrome (SBS) is a severe condition, caused by massive small bowel resection and it is the main cause of intestinal failure in children. SBS more frequently affects premature with low and extremely low weight and occurs in each patient individually. The aim of this research was to study peculiarities of SBS in children. Many factors such as pregnancy of the mother of the