

DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-177-5-113-119

Синдром короткой кишки на фоне спаечной болезни брюшной полости

Никитин И.Г.^{2,3}, Никитин А.Э.¹, Карабиненко А.А.^{1,2}, Горский В.А.², Ильченко Л.Ю.², Азимов Р.Х.¹, Глушков П.С.¹, Шемятовский К.А.¹, Рогинко О.А.¹

¹ ФГБУЗ ЦКБ РАН, Москва, Россия

² ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

³ ФГАУ ЛРЦ Минздрава России, Москва, Россия

Short bowel syndrome against the background of adhesive disease of the abdominal cavity

I. G. Nikitin^{2,3}, A. E. Nikitin³, A. A. Karabinenko^{1,3}, V. A. Gorskiy¹, L. Yu. Ilchenko¹, R. H. Asimov³, P. S. Glushkov³, K. A. Shemyatovskiy³, O. A. Roginko³

¹ Central Clinical of the Hospital Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia

² Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

³ Centre of Medical Rehabilitation, Moscow, Russia

Для цитирования: Никитин И. Г., Никитин А. Э., Карабиненко А. А., Горский В. А., Ильченко Л. Ю., Азимов Р. Х., Глушков П. С., Шемятовский К. А., Рогинко О. А. Синдром короткой кишки на фоне спаечной болезни брюшной полости. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;177(5): 113–119. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-177-5-...-...

For citation: Nikitin I. G., Nikitin A. E., Karabinenko A. A., Gorskiy V. A., Ilchenko L. Yu., Asimov R. H., Glushkov P. S., Shemyatovskiy K. A., Roginko O. A. Short bowel syndrome against the background of adhesive disease of the abdominal cavity. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;177(5): 113–119. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-177-5-113-119

Никитин Игорь Геннадиевич, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой терапии № 2 лечебного факультета; директор

Никитин Алексей Эдуардович, докт. мед. наук, профессор, главный врач

Карабиненко Александр Александрович, докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 лечебного факультета; консультант

Горский Владимир Александрович, докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой хирургии медико-биологического факультета

Ильченко Людмила Юрьевна, докт. мед. наук, профессор кафедры госпитальной терапии № 2 лечебного факультета

Азимов Рустам Хасанович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением

Глушков Павел Сергеевич, врач хирургического отделения

Шемятовский Кирилл Александрович, врач хирургического отделения

Рогинко Ольга Анатольевна, зав. реанимационным отделением

Igor G. Nikitin, Doctor of medical sciences, Professor, head the Department of hospital therapy № 2 of the medical faculty; Director

Alexey E. Nikitin, Doctor of medical sciences, Professor, head physician

Alexander A. Karabinenko, Doctor of medical sciences, Professor the Department of hospital therapy № 2 of the faculty of medicine; consultant

Vladimir A. Gorsky, Doctor of medical sciences, Professor, head the Department of surgery of the faculty of medicine and biology

Ludmila Yu. Ilchenko, Doctor of medical sciences, Professor of the Department of hospital therapy № 2 of the faculty of medicine

Rustam H. Asimov, Candidate of medical sciences, head of the surgical Department

Pavel S. Glushkov, Doctor of the surgical Department

Kirill A. Shemyatovsky, Doctor of the surgical Department

Olga A. Roginko, Head of the intensive care unit Department

✉ **Corresponding author:**

Карабиненко Александр Александрович
Alexander A. Karabinenko
karabinenko@mail.ru

Резюме

Синдром короткой кишки (СКК) — это патологический симптомокомплекс, возникающий после удаления (резекции) отделов тонкой кишки (более 25% его длины), или при значительном нарушении её функции. Наиболее частой причиной СКК является спаечная болезнь тонкого кишечника, возникающая после оперативных вмешательств на органах брюшной полости.

Приводится описание клинического наблюдения СКК с тяжелыми проявлениями энтеральной недостаточности (ЭН) у пациентки 41 лет. Пациентка поступила в хирургическое отделение ФГБУЗ ЦКБ РАН с жалобами на общую слабость, боли спастического характера в животе без четкой локализации, болевые ощущения в области оперативных ран (за 4 месяца перенесла 4 операции по поводу спаечной кишечной непроходимости), вздутие живота, жажду, сухость во рту, полуоформленный стул 3–4 раза в день, снижение массы тела за последние 7 месяцев перед госпитализацией на 22 кг, индекс массы тела составлял 17,3 кг/м². После последнего хирургического вмешательства, в связи со спаечной тонкокишечной непроходимостью была наложена илеостома восходящего отдела толстой кишки по методу Брука. Функционирующий отрезок тощей кишки был анастомозирован с восходящей толстой кишкой и составлял 22 см.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренно истощена, обезвожена. Жидкий стул до 6 раз в сутки, без патологических примесей. МСКТ органов брюшной полости от 03.05.2018 с контрастированием: В мезо- и гипогастрии (преимущественно слева) визуализировались расширенные петли тонкой кишки (максимально до 37–38 мм), заполненные жидкостным содержимым, контрастный препарат в вышеописанных петлях тонкой кишки не визуализировался. Дополнительно в гипогастрии визуализировались нерасширенные петли тонкой кишки и не содержащие контраст. Отключенные петли тонкой кишки в мезо- и гипогастрии. Печень, билиарная система, поджелудочная железа, селезенка — без особенностей.

На фоне комплексной терапии достигнута стабилизация клинико-лабораторных показателей, что позволило планировать оперативное лечение — лапаротомию, закрытие илеостомы, наложение анастомоза тонкой кишки в толстую кишку. Выполнена лапаротомия правым параректальным доступом. В брюшной полости выявлены сплошные висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные сращения. С техническими трудностями, вызванными фиброзно-кальцифицированными сращениями, удалось отделить восходящую ободочную кишку и ту часть тощей кишки, которая идет к передней брюшной стенке к месту выведенной еюностомы. Пересечение стомированной тощей кишки выполнено практически у париетальной брюшины. Сформирован двурядный анастомоз «конец в бок» со средней третью восходящей кишки. При выполнении лапаротомии левым параректальным доступом в условиях выраженного спаечного процесса удалось выделить участок сигмовидной кишки и петлю тонкой кишки, которая была ранее отключена (во время предыдущей операции). Сформирован двурядный илеосигмоанастомоз «бок в бок». Сохранный участок тонкой кишки составил 85 см.

В послеоперационном периоде наблюдались признаки эндогенной интоксикации. На фоне пареза кишечника, выраженной интоксикации отмечено повышение маркеров воспаления, панцитопения. Комплексная терапия парентеральными смесями, пребиотиками и антимикробными препаратами купировала симптомы интоксикации, активность воспаления, улучшила лабораторные показатели, что позволило постепенно перейти на пероральный прием пищи. Полуоформленный стул 1–2 раза в день. Выписана на 10-й день после операции на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга и гастроэнтеролога. Годичный срок реабилитации с положительным эффектом, что свидетельствует об уникальности данного клинического наблюдения.

Ключевые слова: спаечная болезнь, синдром короткой кишки, илеосигмоанастомоз

Summary

Short bowel syndrome is a pathological symptom complex that occurs after removal (resection) of the small intestine (more than 25% of its length), or when there is a significant violation of its function. The most common cause of short bowel syndrome is adhesions of the small intestine that occur after surgical interventions on the abdominal organs.

A description of the clinical observation of short bowel syndrome with severe manifestations of enteric insufficiency in a 41-year old patient is given. The patient was admitted to the surgical Department of FGBUZ Central clinical of the hospital Russian Academy of Sciences with complaints of General weakness, pain, spastic nature in the abdomen without clear localization, pain in the area of operational wound (for 4 months had 4 surgery for adhesive intestinal obstruction), abdominal distention, thirst, dry mouth, semiliquid chair 3–4 times a day, weight loss for the last 7 months before the hospitalization at 22 kg, the body mass index was 17.3 kg/m². After the last surgical intervention, ileostomy of the ascending colon was applied using the Brooke method in connection with adhesive small bowel obstruction. The functioning segment of the jejunum was anastomosed with the ascending colon and was 22 cm long.

At admission, the state of moderate severity, moderately emaciated, dehydrated. Liquid stool up to 6 times a day, without pathological impurities. MSCT of abdominal organs from 03.05.2018 with contrast: in meso — and hypogastria (mainly on the left), expanded loops of the small intestine (up to a maximum of 37–38 mm) filled with liquid content were visualized, the contrast preparation in the above described loops of the small intestine was not visualized. Additionally, non-expanded loops of the small intestine were visualized in the hypogastria and did not contain contrast. Non-functional loops of the small intestine in the meso — and hypogastrium. Liver, biliary system, pancreas, spleen — without features.

On the background of complex therapy, the stabilization of clinical and laboratory indicators was achieved, which allowed to plan surgical treatment-laparotomy, closure of ileostomy, imposition of small intestine anastomosis in the large intestine. A laparotomy was performed with the right pararectal access. Continuous viscerovisceral and of visceroperitoneal splices were found in the abdominal cavity. With technical difficulties caused by fibrous-calcified splices, it was possible to separate the ascending colon and the part of the jejunum that goes to the anterior abdominal wall to the site of the bred jejunostomy. The intersection of the jejunum stoma was performed in close contact with the anterior abdominal wall. A double-row "end-to-side" anastomosis was formed with the middle third of the ascending colon. When performing laparotomy with left pararectal access under conditions of a pronounced adhesive process, it was possible to isolate a section of the sigmoid colon and a loop of the small intestine that was previously disabled (during the previous operation). Ileosigmoidostomy formed a double row "side to side". The preserved portion of the small intestine was 85 cm.

In the postoperative period, there were signs of endogenous intoxication. Against the background of intestinal paresis and severe intoxication, there was an increase in the markers of inflammation and pancytopenia. Complex therapy with parenteral mixtures, prebiotics and antimicrobial drugs stopped the symptoms of intoxication, the activity of inflammation, and improved laboratory parameters, which allowed us to gradually switch to oral food intake. Semi-formed stool 1–2 times a day. She was discharged on the 10th day after the operation for outpatient treatment under the supervision of a surgeon and gastroenterologist. One-year rehabilitation period with a positive effect, which indicates the uniqueness of this clinical observation.

Keywords: adhesive disease, short bowel syndrome, ileosigmoidostomy

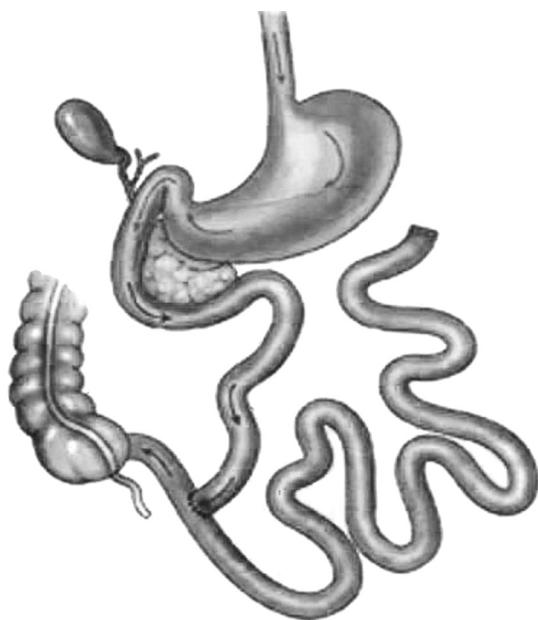


Рисунок 1.
Схема синдрома короткой кишки (цитируется по <https://fb.ru/article/252635/sindrom-korotkoy-kishki-simptomiyi-lechenie>)

Figure 1.
Scheme of short bowel syndrome (cited by <https://fb.ru/article/252635/sindrom-korotkoy-kishki-simptomiyi-lechenie>)

Синдром короткой кишки (СКК) – это патологический симптомокомплекс, возникающий после удаления (резекции) отделов тонкой кишки (более 25% его длины), или при значительном нарушении её функции (рисунок 1).

СКК сопровождается нарушением пищеварения – синдромами мальабсорбции (изменением процесса всасывания пищи) и мальдигестии (креато-, стеато- и амилореей), развитием трофологической недостаточности (дисбалансом между потребностями организма и поступлением питательных веществ), что приводит к прогрессирующему истощению и кахексии, стойким нарушениям водно-электролитного и нутритивного баланса, а также системным соматогенным нарушениям [1–3].

Основными причинами развития СКК являются [4, 5]:

- хирургическое удаление большей части тощей и (или) подвздошной кишки;
- выключение различных отделов тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания, например, при наложении еюно- или илеостомы, а также в случаях образования межкишечных свищей;
- наложение анастомоза между проксимальными отделами тонкой кишки и толстой кишкой в обход баугиниевой заслонки.

К наиболее частым причинам резекции различных отделов тонкой кишки относят: тромбоз мезентериальных артерий; спаечную непроходимость; абдоминальные травмы и ранения; множественные кишечные свищи; болезнь Крона; рак тонкой или толстой кишки; лимфому тонкой кишки [4, 6–8].

На клинические проявления СКК и прогноз исхода болезни влияют различные факторы: возраст пациента, протяженность удаленного сегмента, наличие сопутствующей патологии, правильно подобранная и своевременно начатая терапия, купирование проявлений синдрома энтеральной недостаточности (ЭН) и пр.

Клинические признаки и соматогенные осложнения СКК зависят, прежде всего, от выраженности и длительности ЭН. Выделяют 3 типа энтеральной недостаточности:

- I тип – острое, краткосрочное (дни, реже недели) и часто самостоятельно проходящее состояние;
- II тип – продленное острое состояние, часто у метаболически нестабильных пациентов, лечение которых требует комплексного мультидисциплинарного подхода и обязательной внутривенной поддержки в течение от 4 недель до нескольких месяцев. Встречается с частотой 9 случаев на 1 млн населения. Около 50% таких пациентов переходят в группу больных с 3 типом ЭН;
- III тип – хроническое состояние у метаболически стабильных пациентов, требующее длительной внутривенной поддержки в течение многих месяцев или лет [6, 9–11].

Приводим наше наблюдение СКК на фоне спаечной болезни брюшной полости у пациентки Т., 41 года, бухгалтер.

Пациентка поступила в хирургическое отделение ФГБУЗ ЦКБ РАН с жалобами на общую слабость, боли спастического характера в животе без четкой локализации, болевые ощущения в области оперативных ран, вздутие живота, жажду, сухость в ротовой полости, полуоформленный стул 3–4 раза в день, снижение массы тела за последние 7 месяцев перед госпитализацией на 22 кг.

В возрасте 10 лет (1987 г) была оперирована по поводу острого аппендицита. В дальнейшем, в различных стационарах г. Москвы многократно проводились операции на брюшной полости: лапаротомия по поводу спаечной кишечной непроходимости (2001 г., 2009 г.); лапароскопия, лапаротомия по поводу подозрения на внематочную беременность (17.01.2018); лапаротомия, резекция петли тонкой кишки, концевая илеостомия по Бруку с интубационной декомпрессией проксимальных отделов тонкой кишки (30.01.2018); программная релапаротомия, резекция тонкой кишки (оставшаяся

Таблица 1.
Динамика лабораторных показателей у пациентки Т. за период 01.05–12.05.2018

Indicators, reference values	01.05	03.05	04.05	05.05	06.05	07.05	09.05	10.05	12.05
Erythrocytes, 3,8–5,3 x10 ¹² /l		3,1	3,0	2,4	2,5	2,4	2,8	3,0	3,1
Hemoglobin, 117–160 g / l		97	89,0	70	74	68	82	84	91
Hematocrit, 35,0–47,0%		27,0	26,6	21,3	21,7	21,0	24,7	26,1	27,7
Leukocytes, 4,0–9,0 x10 ⁹ /l		4,3	4,7	4,3	3,9	3,0		4,2	5,7
Platelets, 265,0–400 x10 ⁹ /l		149	136	119	100	100		185	295
C-reactive protein, 0,0–6,0 mg / l				37,1		204,5		96,9	
Procalcitonin, 0–0, 1 ng / ml						3,38		0,563	
Alanine transferase 0,0–35,0 E / l			18,6	18,1		9,7		8,2	
Asparagine transferase, 0,0–33,0 E / l			33	30,7		19,1		18,0	
Glucose, 4,1–5,9 mmol/l		4,1	7,9	6,9	5,8	7,0		6,2	
Creatinine, 58,0–96,0 mmol / l	233,4		113,4	115,1		116,3		81,0	
Urea, 2,8–7,2 mmol / l	15,0		5,4	6,1		7,6		5,2	
Total protein, 66,0–83,0 g, l	62,5		50,9	43,1		40,2		45,3	
Albumin, 35,0–52,0 g / l			28,9	26,1		23,0			
Prothrombin, 70,0–120,0%	54,0				51,0	44,0		66,0	
Sodium, 135–146 mmol / l	126,0		131	135	130	129		136	138
Potassium, 3,5–5,1 mmol / l	2,76		4,22	5,07	3,88	4,2		3,84	3,54

Table 1.
Dynamics of laboratory parameters in patient T. for the period 01.05–12.05.2018

функционирующая часть тощей кишки составила 22 см анастомозирована с восходящей толстой кишкой), реилеостомия (01.02.2018); программная ревизионная релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости (02.02.2018).

В период одной из госпитализаций выявлены антитела к вирусу гепатита С, установлен диагноз хронического гепатита С. Однако пациентка по этому поводу дополнительно не обследовалась и противовирусной терапии не получала.

Начиная с 05.02.2018, пациентка в связи с нестабильностью выше указанных жалоб, неоднократно госпитализировалась в хирургическое отделение ФГБУЗ ЦКБ РАН. Среднетяжелое состояние больной Т. было обусловлено клинико-инструментальной картиной спаечной болезни брюшной полости, повторными санационными релапаротомиями, илеостомией, ранее проведенными в ГБУЗ ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ. Кроме того, в период госпитализации 12.04–25.04.2018 тяжесть состояния пациентки усугубилась развитием левосторонней полисегментарной пневмонии с локализацией в S6, S9, S10, диагноз которой подтвержден данными мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) и компьютерной томографии (КТ). На фоне проведения многокомпонентной инфузионной и антимикробной терапии состояние больной Т. значительно улучшилось: пациентка активизирована, болевой и диспепсический синдромы регрессировали, достигнута компенсация электролитных нарушений, признаки обезвоживания купированы, пневмония разрешилась. Пациентка была выписана под наблюдение хирурга по месту жительства.

Однако, 30.04.1918 отметила значительное ухудшение состояния – усиление болей в животе, что явилось причиной экстренной госпитализации в хирургическое отделение для дополнительного обследования и лечения.

Состояние при поступлении в хирургическое отделение пациентки Т. средней степени тяжести. Активна в пределах палаты. Кожные покровы бледные, обычной влажности. Отеков нет.

Умеренно истощена, обезвожена. Индекс массы тела – 17,3 кг/м². Число дыхательных движений (ЧДД) – 18/мин, при небольшой нагрузке одышка с ЧДД до 28–30/мин. Дыхание проводится с двух сторон, несколько ослаблено в нижних отделах. Число сердечных сокращений (ЧСС) – 82 уд/мин, ритм правильный. Артериальное давление (АД) – 100 и 60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в дыхании симметрично всеми отделами, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационных ран. Перитонеальных симптомов и шума плеска нет. Перистальтика выслушивается, газы отходят. В правой мезогастральной области имеется илеостома, кожа вокруг нее без мацерации. Послеоперационный рубец после срединной лапаротомии, без признаков воспаления и грыжевых выпячиваний. Илеостома функционирует адекватно, стенки розовые. Печень и селезенка не пальпируются. Мочиспускание самостоятельное. Диурез адекватный. Жидкий стул до 6 раз в сутки, без патологических примесей.

Пациентке проведено клинико-лабораторное (таблица 1) и инструментальное обследование.

Тяжесть состояния Т. обусловлена выраженными водно-электролитными нарушениями, нутритивной недостаточностью и нарушением обмена веществ на фоне выраженных потерь питательных веществ и электролитов по илеостоме, рядом повторных оперативных вмешательств на брюшной полости за последние несколько месяцев по поводу спаечной кишечной непроходимости, преренальной почечной недостаточностью с повышением креатинина до 233,4 мкмоль/л.

МСКТ органов брюшной полости от 03.05.2018: верхние отделы желудочно-кишечного тракта контрастированы 76% раствором урографина (10 мл), разведенного в 200 мл воды. Свободный воздух и жидкость в брюшной полости и забрюшинном пространстве достоверно не определялись. В мезо- и гипогастрии (преимущественно слева) визуализировались расширенные петли тонкой кишки (максимально до 37–38 мм), заполненные



Рисунок 2 а.
(собственное наблюдение)
Пациентка Т. перед оперативным вмешательством (04.05.2018 г.). Экзикоз, водно-электролитные нарушения, гипопроteinемия, нутритивная недостаточность, индекс массы тела 17,3.

Figure 2 a.
(own observation)
Patient T. before surgery (04.05.2018). Exsiccosis, water-electrolyte disturbances, hypoproteinemia, malnutrition, body mass index 17,3.

Рисунок 2 б.
(собственное наблюдение)
Пациентка Т. через один год после оперативного вмешательства (15.05.2019 г.). Полное восстановление нутритивного статуса, индекс массы тела 20,6. Трудоспособность восстановлена. Самооценка качества жизни хорошая.

Figure 2 b.
(own observation)
The patient one year after surgery (15.05.2019 g). Full recovery of nutritional status, body mass index 20.6. The ability to work has been restored. Self-assessment of the quality of life is good.

жидкостным содержимым; контрастный препарат в вышеописанных петлях тонкой кишки не визуализировался. Дополнительно в гипогастрии видны нерасширенные петли тонкой кишки, не содержащие контрастный препарат. Отключенные петли тонкой и кишки в мезо- и гипогастрии. Печень, билиарная система, поджелудочная железа, селезенка – без особенностей.

На фоне комплексной терапии была отмечена положительная динамика: улучшение общего самочувствия, стабилизация лабораторных показателей (таблица 1). Это позволило планировать оперативное лечение пациентке Т. – лапаротомию, закрытие илеостомы, наложение анастомоза тонкой кишки в толстую кишку.

04.05.2018 выполнена лапаротомия правым параректальным доступом. В брюшной полости выявлены сплошные висцеро-висцеральные и висцеро-париетальные сращения (свободная брюшная полость отсутствовала). С большими техническими сложностями, обусловленными панцирными сращениями удалось выделить восходящую кишку и участок тощей кишки, идущий к передней брюшной стенке к месту выведенной еюностомы. Пересечение стомированной тощей кишки выполнено практически у париетальной брюшины. Сформирован двурядный анастомоз «конец в бок» со средней третью восходящей кишки. При выполнении лапаротомии левым параректальным доступом в условиях выраженного спаечного процесса удалось выделить участок сигмовидной кишки и перераздутую петлю тонкой кишки, которая была ранее отключена (во время последней операции в ГБУЗ ГКБ им. С. С. Юдина ДЗМ). Эвакуировано из кишки до 2 л застойной слизи, сформирован двурядный илеосигмоанастомоз «бок в бок». Сохранный участок тонкой кишки составил 85 см.

В послеоперационном периоде у пациентки Т. зарегистрированы признаки эндогенной интоксикации. На фоне пареза кишечника, выраженной интоксикации (тахикардии, тахипноэ, фебрильная лихорадка) отмечено повышение маркеров

воспаления (прокальцитонина, СРБ, сдвиг лейкоцитарной формулы), панцитопения (см. таблица 1).

Тяжесть состояния пациентки была обусловлена нутритивной недостаточностью (выраженной гипопроteinемией, гипоальбуминемией), нарушением обмена веществ, рядом повторных оперативных вмешательств на брюшной полости за последние несколько месяцев по поводу спаечной кишечной непроходимости, преренальной почечной недостаточностью (скорость клубочковой фильтрации (СКФ) – 51 мл/мин/1,73 м²), анемией средней степени тяжести.

При ультразвуковом исследовании (УЗИ) органов брюшной полости в динамике правые отделы петель кишки избыточно пневматизированы, слева – отдельные петли кишки до 25 мм с пониженной перистальтикой. В брюшной полости определялось незначительное количество свободной жидкости. В проекции гипогастрия слева лоцировалось жидкостное анэхогенное скопление под апоневрозом размерами 53x10 мм. В мягких тканях в проекции правого гипогастрия также лоцировалось неоднородной структуры жидкостное скопление 51x9 мм, аналогичное образование выявлено слева – 23x4 мм (наиболее вероятно, гематомы).

Пациентке проводилась интенсивная инфузионная, обезболивающая, антибактериальная терапия; она получала энтеральное и парентеральное питание и др. Однако, через 10 дней после оперативного лечения на фоне общего улучшения и уменьшения проявлений эндогенной интоксикации сохранялась диарея – жидкий стул до 12 раз в сутки, без патологических примесей. Т.е. у пациентки Т. наблюдался тонкокишечный дефицит всасывания – водные, белковые и электролитные нарушения в стадии субкомпенсации.

Клинический диагноз: спаечная болезнь брюшной полости. Функционирующая еюностома. Еюноцеле. Лапаротомия, резекция петли тонкой кишки, концевая илеостомия по Бруку с интубационной декомпрессией проксимальных отделов тонкой кишки (30.01.2018); программная релапаротомия, резекция тонкой кишки, рилеостомия

(01.02.2018); программная ревизионная релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости (02.02.2018). Релапаротомия, внутреннее дренирование еюноцеле в сигмовидную кишку путем формирования еюносигмоанастомоза (04.05.2018). Субкомпенсированная тонкокишечная недостаточность. Хронический гепатит С.

Следует учитывать также, что при резекции тощей кишки с наложением анастомоза между тощей и толстой кишкой выраженность тонкокишечного дефицита всасывания зависит не только от протяженности оставшейся части кишки, но и от восходящей контаминации проксимальных отделов тощей кишки условно патогенной микрофлорой, что усугубляет нарушение процессов внутриполостного и пристеночного пищеварения. При длине тощей кишки менее 100 см весьма ограничены возможности её структурно-функциональной адаптации, на восстановление которой потребуются продолжительное время (от многих месяцев до нескольких лет). Такие пациенты по жизненным показаниям нуждаются в длительной (возможно пожизненной) постоянной коррекции водно-электролитных нарушений и поддерживающем питании.

При выписке пациентке Т. были даны следующие рекомендации: специализированные высококалорийные смеси – интестамин, нутридринк (до одной трети объема питания); витамины группы В (В1, В6, В12), препараты калия и кальция (каждые 10

дней месяца); жирорастворимые витамины А, Е, D (каждые 15 дней месяца); метилурацил (каждые 20 дней с интервалом в 20 дней); постоянно ингибиторы протонной помпы, ферментозаместительная терапия (без солей желчных кислот); альфа-нормикс (10–14 дней каждые три месяца); смектит (при частоте стула более 4-х раз в сутки).

Кроме того, с учетом наличия хронического гепатита С для определения показаний к проведению противовирусной терапии пациентке необходимо провести дополнительное обследование: определить РНК и генотип вируса гепатита С, уровень виремии, оценить стадию фиброза посредством метода фиброэластометрии печени.

Выполнение рекомендаций лечащих врачей способствовало полному восстановлению нутритивного статуса и качества жизни у пациентки Т. (рисунок 2 а, б).

Таким образом, нами описан случай осложненного течения спаечной кишечной непроходимости, потребовавшей проведения нескольких оперативных вмешательств (в том числе, резекции тонкой кишки, илеостомии), приведших к развитию СКК. Последующее сложнейшее хирургическое лечение (формирование еюносигмоанастомоза) и длительная коррекция тонкокишечной недостаточности способствовали эффективному восстановлению нутритивного статуса и качества жизни пациентки Т., что свидетельствует об уникальности данного клинического наблюдения.

Список сокращений

СКК – синдром короткой кишки;
ЭН – энтеральная недостаточность;
МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография;
КТ – компьютерная томография;
ЧДД – число дыхательных движений;
ЧСС – число сердечных сокращений;
АД – артериальное давление;
СРБ – С-реактивный белок;
АЛТ – аланиновая аминотрансфераза;
АСТ – аспарагиновая аминотрансфераза;
СКФ – скорость клубочковой фильтрации;
УЗИ – ультразвуковое исследование.

List of abbreviations
SCC – short bowel syndrome;
EN – enteral insufficiency;
MSCT – multispiral computed tomography;
CT – computed tomography;
BDD – number of respiratory movements;
heart rate – number of heartbeats;
AD – arterial pressure;
CRP- C – reactive protein;
ALT – alanine aminotransferase;
AST – asparagin aminotransferase;
GFR – glomerular filtration rate;
ultrasound – ultrasound second study.

Литература | References

1. Nightingale J. M., Woodward J. M. Small Bowel and Nutrition Committee of the British Society of Gastroenterology Guidelines for management of patients with a short bowel. *Gut*. 2006; 55(4): 1–12.
2. Scolapio J. S. Short bowel syndrome. *J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2002; 26: 11–16.
3. Соломенцева Т. А. Синдром короткой кишки: тактика врача-гастроэнтеролога. Острые и неотложные состояния в практике врача. 2009; 5: 50–55.
Solomentseva T. A. Short bowel Syndrome: tactics of a gastroenterologist. Acute and urgent conditions in the practice of a doctor. 2009; 5: 50–55.
4. Thompson J. S., Rochling F. A., Weseman R. A., Mercer D. F. Current management of short bowel syndrome. *Curr. Probl. Surg.* 2012; 49(2): 52–115.
5. Луфт В. М., Липицкий А. В., Сергеева А. М. Нутритивно-метаболическая терапия больных с синдромом короткой кишки. Клинические рекомендации. 2018; СПб.: 25 с.
Luft V. M., Lipitsky A. V., Sergeeva A. M. Nutritional-metabolic therapy for patients with short-bowel syndrome. Clinical recommendations. 2018; SPb, 25 p.
6. ESPEN endorsed recommendations. Definition and classification of intestinal failure in adults. *Clinical Nutrition.* 2015; 34: 171–180.
7. Чекмазов И. А. Спаечная болезнь брюшины. 2008; М.: ГЭОТАР-Медиа: 160 с.
Chekamazov I. A. Adhesive disease of the peritoneum. 2008; Moscow. GEOTAR-Media, 160 p.

8. *Филенко Б.П., Земляной В.П., Борсак И.И., Иванов А.С.* Спаечная болезнь: профилактика и лечение. 2013; Санкт-Петербург: 171 с.
Filenko B. P., Zemlyanoy V. P., Borsak I. I., Ivanov A. S. Adhesive disease: prevention and treatment. 2013; Saint Petersburg: 171 p.
9. *Szczygiel B., Jonkers-Schuitema C., Naber T.* Basics in Clinical Nutrition: Nutritional support in extensive gut resections (short bowel). *Eur. J. Clin. Nutr. Metab.* 2010; 5: 63–68.
10. *Kelly D.G., Tappenden K. A., Winkler M. F.* Short bowel syndrome: highlights of patient management, quality of life, and survival. *J. Parenter. Enteral. Nutr.* 2014; 38(4): 427–437.
11. Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство / под ред. М. Ш. Хубутия, Т. С. Поповой, А.И. Салтанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014; 800 с.
Parenteral and enteral nutrition: national guidelines / edited by M. sh. khubutiya, T.S. Popova, A. I. Saltanov. Moscow. GEOTAR-Media, 2014; 800 p.