

УДК 616.341-008.6-08-039.75+615.874.2
DOI: 10.56871/UTJ.2025.64.70.008

РЕГИСТР ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ И НЕКОТОРЫЕ ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИХ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

© Анастасия Михайловна Сергеева, Валерий Матвеевич Луфт,
Алексей Викторович Лапицкий, Бибигуль Рафаэлевна Алексеева

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. 192242,
г. Санкт-Петербург, Будапештская ул., д. 3, лит. А, Российская Федерация

Контактная информация: Анастасия Михайловна Сергеева — к.м.н., научный сотрудник отдела клинического питания. E-mail: spb_as@bk.ru <https://orcid.org/0000-0001-9355-0498> SPIN: 6593-9128

Для цитирования: Сергеева А.М., Луфт В.М., Лапицкий А.В., Алексеева Б.Р. Регистр пациентов с синдромом короткой кишки и некоторые отдаленные результаты их динамического наблюдения. University Therapeutic Journal. 2025;7(3):78–83. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.64.70.008>

Поступила: 21.03.2025

Одобрена: 18.04.2025

Принята к печати: 28.07.2025

РЕЗЮМЕ. Введение. Синдром короткой кишки (СКК) — клинический симптомокомплекс нарушенного пищеварения, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки и проявляющийся кишечной недостаточностью различной степени выраженности (мальдигестия и мальабсорбция). Многие вопросы маршрутизации и реабилитации данной категории пациентов остаются нерешенными в большинстве регионов РФ. **Цель** — создать регистр взрослых пациентов для оценки основных клинико-анатомических проявлений СКК и потребности их в инфузионной поддержке и парентеральном питании. **Материалы и методы.** Проанализированы данные регистра, включающего 156 взрослых пациентов с СКК из различных регионов РФ. **Результаты.** Анкетирование проведено у 51 пациента с СКК. Из них большая часть пациентов (20 человек — 39%) имели резидуальный отрезок тонкой кишки от 51 до 100 см, менее 50 см — 15 человек (29%). Среди опрошенных пациентов парентеральное питание (ПП) получали 39 человек (76,5%), а 36 человек (70,6%) из них получали еще и инфузионную терапию (ИТ). Большинство пациентов, нуждающихся в ПП, получают его самостоятельно в домашних условиях (25 человек — 49,0% опрошенных), всего 3 человека (5%) для осуществления ПП и ИТ были вынуждены периодически госпитализироваться в стационар. 11 человек (21,6%) находятся на стационарном лечении с момента операции, что связано не только с потребностью в нутритивно-метаболической терапии, но и в других видах медицинского пособия. **Выводы.** Полученные при анкетировании пациентов с СКК данные свидетельствуют об имеющихся проблемах реабилитации данной категории больных, что обусловлено необходимостью назначения им длительного, а нередко и пожизненного, не только ПП, но и поддерживающей ИТ в амбулаторно-поликлинических (домашних) условиях. Это требует разработки системного организационного подхода по маршрутизации подобных пациентов и создания специализированных центров, обеспечивающих не только должную реализацию домашнего клинического питания, но и мониторинг за их состоянием.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: синдром короткой кишки, нутритивно-метаболическая терапия, домашнее парентеральное питание

REGISTRY OF PATIENTS WITH SHORT BOWEL SYNDROME AND SOME REMOTE RESULTS OF THEIR DYNAMIC OBSERVATION

© Anastasya M. Sergeeva, Valeriy M. Luft,
Aleksey V. Lapickiy, Bibigul' R. Alekseeva

Saint Petersburg I.I. Dzhanelidze Research Institute of Emergency Medicine. 3, lit. A Budapeshtskaya str., Saint Petersburg 192242 Russian Federation

Contact information: Anastasya M. Sergeeva — Candidate of Medical Sciences, Research Scientist, Department of Clinical Nutrition. E-mail: spb_as@bk.ru <https://orcid.org/0000-0001-9355-0498> SPIN: 6593-9128

For citation: Sergeeva AM, Luft VM, Lapickiy AV, Alekseeva BR. Registry of patients with short bowel syndrome and some remote results of their dynamic observation. University Therapeutic Journal. 2025;7(3):78–83. <https://doi.org/10.56871/UTJ.2025.64.70.008>

Received: 21.03.2025

Revised: 18.04.2025

Accepted: 28.07.2025

ABSTRACT. Introduction. Short bowel syndrome (SBS) is a clinical symptom complex of digestive disorders caused by a decrease in the absorption surface of the small intestine and manifested by intestinal insufficiency of varying severity (maldigestion and malabsorption). Many issues of routing and rehabilitation of this category of patients remain unresolved in most regions of the Russian Federation. **Objective** — to create a registry of adult patients to assess the main clinical and anatomical manifestations of SBS and their need for infusion support and parenteral nutrition. **Materials and methods.** The data from the created database of the registry, which included 156 adult patients with (SBS living in various regions of the Russian Federation, were analyzed. **Results.** A survey was conducted in 51 patients with (SBS). Of these, the majority of patients (20 people — 39%) had a residual segment of the small intestine from 51 to 100 cm, less than 50 cm — 15 people (29%). Among the surveyed patients, 39 people (76.5%) received parenteral nutrition (PN), and 36 people (70.6%) of them also received infusion therapy (IT). The majority of patients who need PP receive it on their own at home (25 people — 49.0% of the respondents), only 3 people (5%) had to be hospitalized periodically to carry out PN and IT. 11 people (21.6%) have been in hospital treatment since the surgery, which is associated not only with the need for nutritional and metabolic therapy, but also with other types of medical benefits. **Conclusion.** The data obtained during the survey of patients with (SBS indicate the existing problems of rehabilitation of this category of patients, which is due to the need to prescribe them long-term, and often lifelong, not only PN, but supportive IT in outpatient (home) settings. This requires a systematic organizational approach to routing such patients and the creation of specialized centers that ensure not only the proper implementation of home clinical nutrition, but also monitoring of their condition.

KEYWORDS: short bowel syndrome, nutritional and metabolic therapy, home parenteral nutrition

ВВЕДЕНИЕ

Синдром короткой кишки (СКК) — клинический симптомокомплекс нарушенного пищеварения, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки и проявляющийся кишечной недостаточностью различной степени выраженности (мальдигестия и мальабсорбция), при которой поступление во внутреннюю среду организма нутриентов и (или) жидкости становится недостаточным для поддержания должного трофического и водно-электролитного гомеостаза. Это приводит к прогрессирующей трофологической недостаточности пациентов и различным поливисцеральным нарушениям, что зачастую требует вспомогательного внутривенного введения воды, электролитов и питательных веществ. Наиболее частыми причинами резекции различных отделов тонкой кишки являются: тромбоз мезентериальных артерий, спаечная тонкокишечная

непроходимость, абдоминальные травмы и ранения, множественные кишечные свищи, болезнь Крона, рак тонкой или толстой кишки, заворот или инвагинация [1–6]. Указанные причины приводят либо к хирургическому удалению большей части тонкой кишки с наложением анастомоза между высокими отделами тонкой кишки с толстой кишкой, либо выключению тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания при образовании, например, межкишечных свищей.

Распространенность СКК в Европе, проявляющегося выраженной кишечной недостаточностью (СКК-КН), которая требует длительной (месяцы, годы), нередко пожизненной поддерживающей внутривенной инфузионной терапии (ИТ) и парентерального питания (ПП) по жизненным показаниям, составляет 5–80 человек на 1 млн населения (для доброкачественных заболеваний) [1–3]. Истинная распространенность СКК-КН у взрослых в РФ не известна, поскольку

пока не существует единого национального регистра учета данной категории пациентов. Многие вопросы маршрутизации и реабилитации остаются нерешенными в большинстве регионов РФ.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Создать регистр взрослых пациентов для оценки основных клинико-анатомических проявлений СКК и потребности их в инфузионной поддержке и парентеральном питании.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы данные регистра, в который вошли 156 взрослых пациентов с СКК, проживающих в различных регионах РФ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Регистр взрослых пациентов с синдромом «короткой кишки» — это система регулярного сбора, мониторинга и анализа клинических данных о пациентах с СКК, организованная на онлайн платформе Quinta. Вся информация о пациенте вносится врачом — участником регистра из медицинской документации в электронную индивидуальную карту пациента. Вся персональная информация об участниках регистра хранится с соблюдением законов Российской Федерации об охране персональных данных.

Сведения о пациентах разделены на 5 больших блоков:

Общие сведения (паспортная часть).

1. Визит. Этот раздел содержит информацию о возможных госпитализациях пациента, его рабочем статусе и реабилитационном потенциале, текущие антропометрические и лабораторные показатели, субъективную оценку самочувствия, данные о принимаемой медикаментозной терапии.
2. Питание. Блок включает данные о видах нутритивной поддержки, источниках получения питания, подробное описание получаемого парентерального и/или энтерального питания (препараты, объем, кратность), витаминных комплексов, проведении инфузионной терапии, наличии стомы, венозного доступа.
3. Осложнения. Здесь содержатся сведения обо всех осложнениях, зарегистрированных у пациента с момента постановки диагноза, объединенных в 4 группы: осложнения хирургиче-

ского вмешательства; осложнения, обусловленные наличием центрального венозного катетера (ЦВК); осложнения, связанные с проводимым лечением; осложнения, обусловленные патофизиологией СКК.

4. Реконструктивно-пластические операции. Включает информацию о вариантах специфического оперативного вмешательства, медицинском учреждении, где операция была проведена, остаточной длине кишечника после проведенного оперативного вмешательства.

На анкетирование согласились 51 пациент с СКК, средний возраст которых составил $48,6 \pm 13,6$ лет (от 19 до 68 лет), из них 27 человек (52,9%) — женщины, 24 человека (47,1%) — мужчины. Давность выполненной операции у большинства (58,8%) была более 2 лет. Из них большая часть пациентов (20 человек — 39%) имели резидуальный отрезок тонкой кишки от 51 до 100 см, менее 50 см — 15 человек (29%). Распределение пациентов в зависимости от резидуального отрезка тонкой кишки представлено на рисунке 1.

При анкетировании большинство пациентов оценили свое самочувствие как удовлетворительное (33 человека — 65%) или хорошее — 7 человек (14%). Каждый пятый пациент отмечал самочувствие как плохое или очень плохое — 11 человек (21%), рисунок 2.

При субъективной оценке качества жизни (рис. 3) всего 3 человека (6%) оценили таковое как хорошее. Большинство пациентов дали удовлетворительную оценку (32 человека — 63%), и почти треть опрошенных (16 человек — 31%) отметили качество своей жизни как плохое или очень плохое. Более 2/3 пациентов (36 человек — 70,6%) в связи

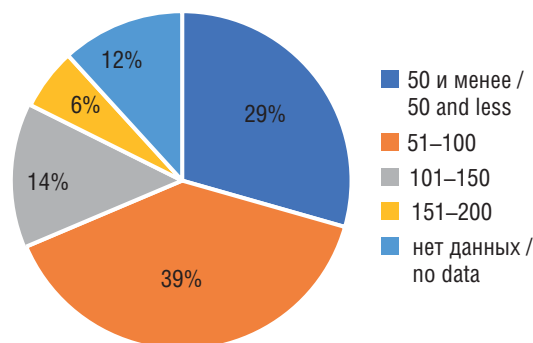


Рис. 1. Распределение пациентов по длине резидуального отрезка тонкой кишки (см)

Fig. 1. Distribution of patients according to the length of the residual small intestinal segment (cm)

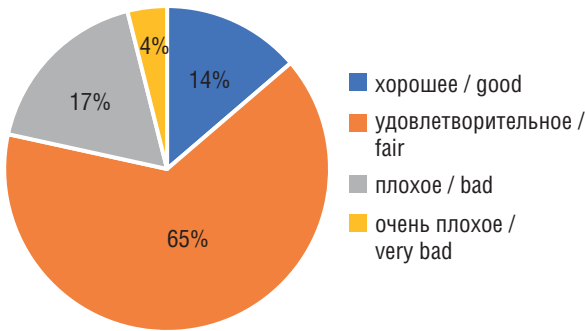


Рис. 2. Оценка самочувствия пациентов

Fig. 2. Assessment of patients' well-being

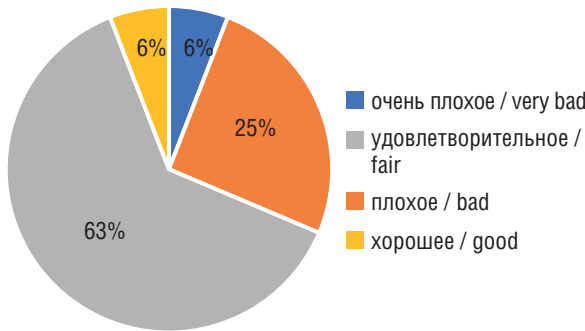


Рис. 3. Самооценка качества жизни пациентов

Fig. 3. Self-assessment of patients' quality of life

Таблица 1

Распределение пациентов по индексу массы тела

Table 1

Distribution of patients by body mass index

Индекс массы тела, кг/м² / Body mass index, kg/m²	п (чел.) / n (pers.)	%
До 16 / Up to 16	5	9,8
16–19,99	19	37,2
20–24,99	26	51,0
25 и более / 25 and more	1	2,0
Всего / Total	51	100

с имеющимся заболеванием получили инвалидность. Продолжали трудовую деятельность только 15 человек (29,4%).

Почти у половины пациентов (24 человека — 47,1%) отмечалась гипотрофия, что выражалось пониженным индексом массы тела (ИМТ <20 кг/м²), а у 5 пациентов (9,8%) отмечалась тяжелая белково-энергетическая недостаточность (ИМТ <16 кг/м²), что свидетельствует об актуальности должной организации динамического медицинского контроля за пациентами с СКК с целью своевременного назначения поддерживающего клинического питания (табл. 1).

Динамика массы тела (МТ) пациентов за период от оперативного вмешательства (резекция кишки) до момента анкетирования представлена в таблице 2. Более чем у половины опрошенных пациентов (35 человек — 68,6%) в послеоперационном периоде наблюдалась значимая потеря массы тела (>10% от исходной величины), что свидетельствует об актуальности своевременного назначения подобным больным клинического питания в ранний послеоперационный период.

При оценке выраженности кишечной диспепсии у пациентов с непрерывной кишкой (n=32) выявлено, что у 29 человек (90,6%) отмечались выраженные проявления данного синдрома в виде многократной диареи, тогда как у 3 пациентов (9,4%) сохранялся оформленный стул. При этом у больных с имеющейся непрерывностью кишечника (32 человека) частота актов дефекации 3 и менее раз в сутки была всего у 3 человек (9,4%), у 15 человек (46,9%) таковая отмечалась 4–5 раз в сутки, а у 14 человек (43,7%) — более 5 раз в сутки. Среди пациентов с кишечной стомой (19 человек, из них еюностома — у 15 человек, илеостомы — у 1 человека, толстокишечная стома — у 3 человек) у большинства (18 человек — 94,7%) объем кишечного отделяемого составлял более 500 мл/сут.

Среди опрошенных пациентов 39 человек (76,5%) получали ПП, а 36 человек (70,6%) из них еще и ИТ. При этом значительной части больных требовались большие объемы внутривенной поддержки: 21 человеку (41,2 %) — более 5 л ПП в неделю и 18 пациентам (35,3%) — более 5 л инфузий жидкости в неделю (табл. 3). Каждый пятый из числа опрошенных не получал ПП.

При этом выявлено, что при сохранности более 1/2 толстой кишки отмечается обратная корреляционная связь с объемом необходимого ПП ($R=-0,323$, $p=0,021$). Аналогичная взаимосвязь наблюдается и с объемом внутривенно вводимой жидкости ($R=-0,559$, $p<0,05$). При наличии тонкокишечной стомы имеет место прямая корреляция с потребностью в ИТ ($R=0,568$, $p<0,05$), при отсутствии таковой с объемом ПП.

Большинство пациентов, нуждающихся в ПП, получают его самостоятельно в домашних условиях (25 человек — 49,0% опрошенных), всего 3 человек (5%) для осуществления ПП и ИТ были вынуждены периодически госпитализироваться (табл. 4). 11 человек (21,6%) из числа опрошенных находятся на стационарном лечении с момента операции (средняя длительность $115,36\pm90,1$ дней), что

Таблица 2

Распределение пациентов в зависимости
от выраженности потери массы тела

Table 2

Distribution of patients depending on the severity
of weight loss

Потеря массы тела от исходной величины, % / Loss of body mass from the initial value, %	n (чел.) / n (pers.)	%
До 10 / Up to 10	15	29,4
10–20	14	27,5
Более 20 / More than 20	21	41,1
Нет данных / No data	1	2
Всего / Total	51	100

Таблица 3

Распределение пациентов в зависимости от объема
парентерального питания и инфузионной терапии

Table 3

Distribution of patients depending on the volume
of parenteral nutrition and infusion therapy

Объем инфузии, л/нед / Infusion volume, l/week	Парентеральное питание / Parenteral nutrition		Инфузионная терапия / Infusion therapy	
	n	%	n	%
До 2 / Up to 2	2	3,9	6	11,8
2–5	16	31,4	12	23,5
Более 5 / More than 5	21	41,2	18	35,3
Не получают / Don't receive	11	21,5	15	29,4
Нет данных / No data	1	2	–	–
Всего / Total	51	100	51	100

связано не только с потребностью в проведении нутритивно-метаболической терапии, но и в других видах медицинского пособия.

У 40 пациентов, которым потребовалось ПП, наиболее часто используемым центральным сосудистым доступом был венозный порт (22 человека — 55%). Значительно реже использовался центральный туннелируемый катетер Broviac (7 человек — 17,5%). У пациентов, находящихся на момент опроса в стационаре (11 человек — 27,5%), использовался центральный венозный катетер относительно короткого срока применения. Согласно рекомендациям ESPEN (The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism, Европейское общество клинического питания и метаболизма) 2023 г., для проведения длительного ПП рекомендуются центральный венозный порт или центральный туннелируемый катетер. Отмечено, что правостороннее расположе-

Таблица 4

Условия проведения парентерального питания

Table 4

Conditions of the parenteral nutrition

Условия проведения парентерального питания / Conditions of the parenteral nutrition	n (чел.) / n (pers.)	%
Периодически в стационаре / Periodically in the hospital	3	5,9
Самостоятельно в домашних условиях / Independently at home	25	49,0
Постоянно находятся на стационарном лечении с момента операции / Permanent inpatient treatment from the moment of surgery	11	21,6
В домашних условиях с помощью паллиативной бригады / At home with the help of a palliative care team	1	2,0
Не получают парентеральное питание в настоящее время / Currently without parenteral nutrition	11	21,5
Всего / Total	51	100

ние катетера ассоциировано с более низким риском тромбоза устройства. PICC-катетеры (Peripherally Inserted Central Catheter — периферически имплантируемый центральный венозный катетер) рекомендуются для пациентов, у которых предполагаемая длительность ПП будет менее 6 месяцев. Среди пациентов, вошедших в исследование, PICC-катетеры не использовались. Применялись обычные центральные венозные катетеры с периодической их заменой.

Была проанализирована частота развития у обследованных пациентов катетер-ассоциированной инфекции кровотока (КАИК), которая отмечалась у 13 человек (32,5%), при этом более чем у половины из них (7 человек) наблюдалось более одного эпизода КАИК. При использовании центрального туннелируемого катетера имелось 5 эпизодов инфекции кровотока у 3 человек (42,8%), а при наличии венозного порта — 15 эпизодов у 8 пациентов (36,4%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные при анкетировании пациентов с СКК данные свидетельствуют об имеющихся проблемах реабилитации данной категории больных, что обусловлено необходимостью назначения им длительного, а нередко и пожизненного, не только ПП, но поддерживающей ИТ в амбу-

латорно-поликлинических (домашних) условиях. Это требует создания системного организационного подхода по маршрутизации подобных пациентов, обеспечивающего не только должную реализацию домашнего клинического питания, но и соответствующий мониторинг за их состоянием, что будет практически исключать потребность в вынужденной госпитализации для проведения ИТ и ПП, способствовать улучшению качества их жизни и социализации, а нередко и сохранению профессиональной работоспособности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Вклад авторов. Все авторы внесли существенный вклад в разработку концепции, проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования. Авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Информированное согласие на публикацию. Авторы получили письменное согласие анкетированных на публикацию данных.

ADDITIONAL INFORMATION

Author contribution. Thereby, all authors made a substantial contribution to the conception of the study, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the article, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the study.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

Funding source. This study was not supported by any external sources of funding.

Consent for publication. The authors received written consent from the respondents to publish the data.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сobotka Л., ред. Основы клинического питания. Материалы лекций для курсов Европейской ассоциации парентерального питания. М.; 2015.
2. Луфт В.М., Сергеева А.М., Лапицкий А.В. Синдром короткой кишки у взрослых: клинические проявления и возможности дифференцированной терапии. University Therapeutic Journal. 2024;6(2):21–31. DOI: 10.56871/UTJ.2024.94.94.003.

3. Луфт В.М., Демко А.Е., Лейдерман И.Н. и др. Синдром короткой кишки у взрослых: диагностика и лечение. СПб.: Art-Xpress; 2023.
4. Аверьянова Ю.В., Батыршин И.М., Демко А.Е. и др. Клинические рекомендации Северо-Западной ассоциации парентерального и энтерального питания, Межрегиональной ассоциации по неотложной хирургии, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Союза реабилитологов России и Российского трансплантационного общества по диагностике и лечению синдрома короткой кишки с кишечной недостаточностью у взрослых. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(1):60–103. DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-1-60-103.
5. Луфт В.М., Демко А.Е., Лейдерман И.Н. и др. Актуальные проблемы консервативного лечения взрослых пациентов с синдромом короткой кишки и хронической кишечной недостаточностью (СКК-КН). Журнал Неотложная хирургия им. И.И. Джанелидзе. 2022;1(6):43–52. DOI: 10.54866/271296322022143.
6. Sobotka L., editor. Basics in clinical nutrition. Prague: Galen; 2019:536–541.

REFERENCES

1. Sobotka L., editor. The basics of clinical nutrition. Lecture materials for the courses of the European Association for Parenteral Nutrition. Moscow; 2015. (In Russian).
2. Luft V.M., Sergeeva A.M., Lapitsky A.V. Short bowel syndrome in adults: clinical manifestations and possibilities of differentiated therapy. University Therapeutic Journal. 2024;6(2):21–31. (In Russian). DOI: 10.56871/UTJ.2024.94.94.003.
3. Luft V.M., Demko A.E., Leiderman I.N. et al. Short bowel syndrome in adults: diagnosis and treatment. Saint Petersburg: Art-Xpress; 2023. (In Russian).
4. Averyanova Y.V., Batyrshin I.M., Demko A.E. et al. Clinical guidelines of the Northwestern Association of Parenteral and Enteral Nutrition, Interregional Association for Emergency Surgery, Russian Gastroenterological Association, Union of Rehabilitation Specialists of Russia and Russian Transplant Society for the diagnosis and treatment of short bowel syndrome with intestinal insufficiency in adults. Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2022;32(1):60–103. (In Russian). DOI: 10.22416/1382-4376-2022-32-1-60-103.
5. Luft V.M., Demko A.E., Leiderman I.N. et al. Current issues of conservative treatment of adult patients with short bowel syndrome and chronic intestinal insufficiency (SBS-CI). Journal of Emergency Surgery named after I.I. Dzhanelidze. 2022;1(6):43–52. (In Russian). DOI: 10.54866/271296322022143.
6. Sobotka L., editor. Basics in clinical nutrition. Prague: Galen; 2019:536–541.