КЛИНИКА

Гастроэнтерологические нарушения*

- Диспепсия – у подавляющего большинства пациентов
- Запор – 45%
- Тошнота – 20-30%
- Диарея – 10%
- Рвота – 4-6%
- Синдром сдавления желудка – в зависимости от локализации процесса
- Патологическая икота – в зависимости от локализации процесса
- Механическая желтуха – в зависимости от локализации процесса
- Опухолевый асцит – в зависимости от локализации процесса
- Кишечная непроходимость – в зависимости от локализации процесса

* Контроль симптомов в паллиативной медицине /под ред. Г.А. Новикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – с. 143-173

ЭТИОЛОГИЯ

Причины тяжелых гастроэнтерологических нарушений

Онкологические заболевания

- Радикальные и паллиативные хирургические вмешательства на органах ЖКТ
- Осложнения химиотерапии
- Осложнения лучевой терапии
- Астенизация
- Сопутствующая патология

Неонкологические заболевания

- Воспалительные заболевания ЖКТ
- Обширные резекции кишечника
- Синдром короткой кишки

КЛИНИКА

Синдром мальабсорбции:

- Диарея
- Снижение массы тела
- Дефицит микронутриентов
- Дефицит макронутриентов
- Метеоризм
- Боль в животе

КЛИНИКА

Диарея – *изменение частоты и консистенции стула (частота стула 3 и более раз в сутки при объеме кала не менее 200 гр/сут) **

Патогенез: ускорение пассажа и замедление всасывания (мальабсорбция)

Причины: хирургические вмешательства на желудочно-кишечном тракте
осложнения химио-лучевой терапии

Течение: острое (до 2 недель)
хроническое (более 4 недель)

* Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник / Под ред. проф. Г.А.Новикова и проф. Е.П.Куликова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2016. – с.124-125.
Контроль симптомов в паллиативной медицине /под ред. Г.А. Новикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. –с.160-161

КЛИНИКА

Конституциональные нарушения*

- Астения
- Кахексия
- Патологическая жажда
- Дегидратация

* Контроль симптомов в паллиативной медицине /под ред. Г.А. Новикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – с. 96-111

ПОНЯТИЕ

Синдром короткой кишки — *заболевание, обусловленное резекцией или врожденным уменьшением длины кишечника, которое характеризуется острой потерей значительной всасывательной поверхности кишечника в результате хирургического удаления большей части тонкой кишки или при исключении тонкой кишки из процессов переваривания и всасывания.*

ЭТИОЛОГИЯ

Обширные резекции кишечника *

- 37,6% — спаечная непроходимость кишечника
- 16,3% — тромбоз верхней брыжеечный артерии
- 14,6% — болезнь Крона
- 12,1% — опухоли
- 5,4% — ранения и травмы кишки
- 3,8% — язвенный колит
- 2,5% — дивертикул Меккеля
- 2,1% — инвагинации кишечника
- 2% — ущемленная грыжа, аномалия развития кишечника
  перфорация дивертикулов ТК или межкишечный абсцесс
- 1,7% — семейный полипоз
- 0,8% — болезнь Гиршпрунга

*- Парфенов А.И., Сабельникова Е.А., Кузьмина Т.Н. Синдром короткой кишки. *Терапевтический архив,*. 12 2017 выпуск 2

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Частота развития синдрома короткой кишки*

- Великобритания – 2,0 на 1 млн населения
- Испания – 1,8 на 1 млн населения
- Россия – 15% пациентов, перенесших резекцию тонкой кишки
- США –10-20 тыс. пациентов получают ПП в связи с СКК

Отсутствие в РФ регистра пациентов с синдромом короткой кишки не позволяет дать точную эпидемиологическую ситуацию

*- Шептулина А.Ф., Охлобыстина О.З., Шифрин О.С. Синдром короткой кишки: особенности патогенеза, клиники, лечения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(2):73-78

КЛАССИФИКАЦИЯ

Типы синдрома короткой кишки *

- 1- после резекции подвздошной кишки с удалением илеоцекального клапана и формированием еюноколоноанастомоза
- 2- после резекции тощей/подвздошной кишки с формированием энтероэнтероанастомоза
- 3- после частичной резекции тощей кишки с полной резекцией подвздошной и толстой кишки с формированием еюностомы

* Nightingale JMD, Woodward JM; Small Bowel and Nutrition Committee of the British Society of Gastroenterology. Guidelines for management of patients with a short bowel. *Gut*. 2006;55(Suppl. 4):1-12. https://doi.org/10.1136/gut.2006.091108

КЛИНИКА

Риски развития синдрома короткой кишки*

- Культя тонкой кишки менее 115 см при отсутствии толстой кишки
- Культя тонкой кишки менее 60 см при сохранении толстой кишки

Сохранение 70 см тонкой кишки (из расчета 1 см на килограмм массы пациента)
в совокупности с фрагментом толстой кишки, достаточным для предотвращения развития СКК

*- Шептулина А.Ф., Охлобыстина О.З., Шифрин О.С. Синдром короткой кишки: особенности патогенеза, клиники, лечения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(2):73-78

КЛИНИКА

Клиническая картина синдрома короткой кишки

Частота и интенсивность проявлений зависит от:

- локализации и объема резекции
- состояния тонкой кишки и других органов брюшной полости
- способности к адаптации оставшегося фрагмента тонкой кишки

КЛИНИКА

Периоды течения СКК

- *Первый период (декомпенсация)* развивается в ранние сроки (2-3 нед) после операции.
  Отмечаются дегидратация и выраженная электролитная недостаточность вследствие значительных потерь жидкости и электролитов в результате диареи

- *Второй период (восстановление)* наступает при благоприятном течение адаптивных процессов и длится от 6 мес до 1 года.
  При неадекватности адаптационных процессов в кишке показано длительное парентеральное питание для поддержания приемлемой массы тела

- *Третий период (компенсация)* наступает в случае достаточных компенсаторных возможностей резецированной ТК

КЛИНИКА

Процесс адаптации тонкой кишки*

Реализуется в течение от 6 месяцев до 3 лет и подразумевает следующие изменения:

- Структурные (затрагивает все слои стенки кишки)
- Функциональные (увеличение скорости и объема абсорбции)
- Двигательные (увеличение времени транзита кишечного содержимого)

*- ГалееваЗ.М. , Гималетдинова И.А. , Абсалямова Л.Р. , Галиханов В.Р. , Белалова А.Ф. , Гайнеева Р.Г. , 2011 УДК 616.341-089.87-06 Синдром короткой кишки в ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ / https://cyberleninka.ru/article/n/sindrom-korotkoy-kishki-v-obscheklinicheskoy-praktike

КЛИНИКА

Тяжесть течения СКК *

(определяется соотношением водно-электролитной абсорбции и секреции)

1-й тип:

Преобладания абсорбции - организм может усваивать ионы натрия, калия, хлора и воду в условиях обычного (перорального) питания.

Длина культи ТК обычно более 100 см

Объем кишечного содержимого через еюностому не превышает 2 кг/сут.

Парентеральное введение жидкости при декомпенсации состояния

2-й тип:

Преобладания секреции - секреция воды и электролитов преобладает над абсорбцией.

Длина культи ТК менее 100 см,

Потери через стому 4—8 кг/сут содержимого, т.е. значительно больше, чем получают перорально.

Пациенты нуждаются в частичном или полном парентеральном питании

*- Парфенов А.И., Сабельникова Е.А., Кузьмина Т.Н. Синдром короткой кишки. *Терапевтический архив,*. 12 2017 выпуск 2

ЛЕЧЕНИЕ

Цели лечения синдрома короткой кишки *

- Обеспечение потребности организма в питательных веществах, воде и электролитах для сохранения нормальной массы тела

- Уменьшение риска осложнений, связанных с основным заболеванием, синдромом кишечной недостаточности и/или нутритивной поддержкой

- Обеспечение высокого уровня качества жизни

*- Шептулина А.Ф., Охлобыстина О.З., Шифрин О.С. Синдром короткой кишки: особенности патогенеза, клиники, лечения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(2):73-78

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Фазы реабилитации при синдроме короткой кишки*

- Ранняя фаза (1-3 месяца после операции) – остро нуждаются в назначении парентерального питания
- Промежуточная фаза (до 24 месяцев после операции) – возможное постепенное уменьшение объема парентерального питания и прием лекарственных препаратов
- Поздняя фаза (более 24 месяцев после операции) – применение комплекса мероприятий, направленных на отмену парентерального питания

*- Шептулина А.Ф., Охлобыстина О.З., Шифрин О.С. Синдром короткой кишки: особенности патогенеза, клиники, лечения. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2016;26(2):73-78

ПОНЯТИЕ

Нутриционная поддержка (клиническое питание) – *процесс должного обеспечения больных, не имеющих возможностей адекватного естественного питания всеми необходимыми для жизни питательными веществами с помощью специальных методов и искусственно созданных современных питательных смесей с целью сохранения относительно устойчивого трофического гомеостаза, оптимизации структурно-функциональных и метаболических процессов организма, а также его адаптационных резервов. **

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.480

КЛИНИКА

Показания к нутритивной поддержке*

- Синдром анорекии-кахексии
- Синдром короткой кишки
- Тяжелый мукозит
- Дисфагия
- Стеноз пищевода
- Стеноз желудка
- Диарея
- Проксимальные свищи ЖКТ
- Химио-лучевой энтерит

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.481

ЛЕЧЕНИЕ

Принципы нутритивной поддержки *

- Своевременность назначения
- Адекватность объемов
- Оптимальность сроков проведения

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.483

ЛЕЧЕНИЕ

Методы нутриционной поддержки *

- Сипинг
- Зондовое питание
- Парентеральное питание
- Сочетанный вариант

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.480

ЛЕЧЕНИЕ

Выбор способа энтерального питания *

Продолжительность до 30 дней

- Назогастральный зонд
- Назоинтестинальный зонд

Продолжительность более 30 дней

- Эзофагостома
- Гастростома
- Еюностома

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.313

ЛЕЧЕНИЕ

Противопоказания для проведения энтерального питания

- нестабильность гемодинамики
- тяжелый колит
- обструкция тонкого или толстого кишечника с невозможностью проведения зонда или катетера ниже уровня обструкции
- кишечный свищ с наличием большого количества отделяемого
- ишемия кишечника
- массивное желудочно-кишечное кровотечение
- тяжелая диарея

ЛЕЧЕНИЕ

Организация парентерального питания

В условиях стационара

- пациенты, как правило, нуждающиеся в наблюдении и элементах интенсивного лечения

В домашних условиях

- пациенты, как правило, в стабильном состоянии, нуждающиеся в последующем длительном поддерживающем лечения

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.481

ЛЕЧЕНИЕ

Организация парентерального питания в домашних условиях*

1 группа

- пациенты, сохраняющие реабилитационный потенциал и имеющие перспективу частичной или полной социальной адаптации (последствия тяжелой травмы, инсульта, синдрома короткой кишки и др.)

2 группа

- пациенты, пациенты, не сохраняющие реабилитационный потенциал и не имеющие перспективу частичной или полной социальной адаптации (апалический синдром, боковой амиотрофический склероз, злокачественные заболевания на поздней стадии, болезнь Альцгеймера и др.)

* Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2017. – 776 с.481

ЛЕЧЕНИЕ

Организационные аспекты парентерального питания пациентам с тяжелыми гастро-энтерологическими нарушениями

Онкологические заболевания	Условия проведения	Неонкологические заболевания
	• Стационарно	
+	профильные онкологические отделения	-
+	профильные хирургические отделения	+
+/-	профильные терапевтические отделения	+/-
+	отделения паллиативной медицинской помощи	+
	• Амбулаторно	
+	дневные стационары онкослужбы	-
+	дневные стационары системы ПМП	+
	• На дому	
+/-	стационар на дому	-

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Территориальные Программы государственных гарантий

- 7 субъектов РФ включили дополнительные гарантии по организации стационаров на дому
  Из них: 4 субъекта (Белгородская, Волгоградская, Ярославская области и Чукотский АО) – содержат порядки организации стационаров на дому
  3 субъекта (Республика Татарстан, Архангельская и Астраханская области) - указывают о возможности организации стационара на дому

- В ряде субъектов (Алтайский край, Брянская и Рязанская области) разработаны и внедрены приказы об организации стационаров на дому

В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

Анализ судебной практики

Обеспечение парентеральным питанием входит в обязанности органов исполнительной власти субъектов РФ на основании права пациентов на льготное лекарственное обеспечение, но не возлагает на них обязанности организации применения препаратов для парентерального питания на дому

НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ

Пути решения проблемы организации стационара на дому при оказании первичной медико-санитарной помощи

- Внесение в Федеральную Программу государственных гарантий положения, регламентирующего оказание медицинской помощи в стационаре на дому отдельным категориям граждан

- Внесение в Территориальные программы государственных гарантий положений, регламентирующих оказание медицинской помощи в стационаре на дому, устанавливающих:
  - условия и порядок ее предоставления
  - стоимость организации стационара на дому
  - источники финансирования

НЕОБХОДИМЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ДОПОЛНЕНИЯ

Федеральное законодательство РФ

Стационар на дому

Структурное подразделение системы паллиативной медицинской помощи (ПМП)
- пациенты, нуждающиеся в ПМП

Структурное подразделение системы первичной медико-санитарной помощи
- пациенты, не отнесенные к нуждающимся в ПМП

Нельзя говорить «мы», когда стоишь в стороне.

Антуан де Сент-Экзюпери

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!