

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью при оказании медицинской помощи в стационарных условиях

Состав членов ОО «Белорусская ассоциация хирургов» (рабочей группы) по пересмотру и обновлению действующего клинического протокола, утвержденного Постановлением МЗ РБ № 46 от 01.06.2017:

Д.м.н., профессор Воробей А.В

К.м.н., доцент Шулейко А.Ч.

У членов рабочей группы не возникло конфликта интересов при пересмотре настоящего клинического протокола.

Год утверждения – 202

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (МАРШРУТИЗАЦИЯ) ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	3
ГЛАВА 2. ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	3
ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	4
ГЛАВА 4. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	5
ГЛАВА 5. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	9

## **ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ (МАРШРУТИЗАЦИЯ) ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

1.1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью (шифр по Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ -10) – К 56).

1.2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

1.3. Пациенты с острой кишечной непроходимостью госпитализируются в хирургический стационар любого уровня: районный, межрайонный, областной, республиканский.

## **ГЛАВА 2 ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

2.1 Острая кишечная непроходимость (ОКН) – синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа по кишке, вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

2.2 В зависимости от природы пускового механизма ОКН подразделяется на механическую и динамическую, Динамическая кишечная непроходимость разделяется на паралитическую и спастическую. Паралитическая непроходимость развивается на основе пареза кишечника при воспалительных внутрибрюшных осложнениях (перитонит, язвенный колит), метаболических нарушениях (уремия, сахарный диабет, гипотиреоз, гипокалиемия, нарушение обмена  $Ca^{++}$ ,  $Mg^{++}$ ) Спастическая непроходимость может возникнуть при органических спинальных нарушениях, передозировке лекарственных средств (опиоидов, холинолитиков, психотропных, антигистаминных препаратов). Лечение динамической кишечной непроходимости заключается в лечении основного заболевания и декомпрессии кишечника по показаниям

2.3 Механическую непроходимость разделяют на 2 формы: странгуляционную и обтурационную. Обтурация - нарушение пассажа по различным отделам кишечника без нарушения кровоснабжения органа. Чаще всего причиной такой формы являются опухоли, спайки брюшной полости, желчные камни, безоары. Странгуляция – нарушение кровоснабжения кишки в месте нарушения пассажа. Встречается при завороте и узлообразовании, ущемлении, спайках брюшной полости, инвагинации.

2.4 Характер и выраженность клинических проявлений зависят от уровня ОКН. Различают тонкокишечную и толстокишечную ОКН, а в тонкокишечной - высокую и низкую. Толстокишечная непроходимость разделяется на провостороннюю и левостороннюю. При всех формах ОКН тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от фактора времени, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

### **ГЛАВА 3 ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

3.1 Физикальное обследование: Выполняется аускультация, перкуссия и пальпация живота. Определяется наличие, локализация и характер послеоперационных рубцов. Целенаправленно обследуются места типичного расположения грыж брюшной стенки. Оценивается степень обезвоживания – тургор кожи, сухость языка, наличие жажды; измерение пульса, артериального давления, термометрия, пальцевое ректальное исследование, у женщин дополнительно проводят вагинальное исследование. Зондирование желудка проводят с целью оценки количества и характера отделяемого.

3.2 Особым течением отличается странгуляционная форма непроходимости. Клиническая картина характеризуется тяжелым течением и быстрым развитием осложнений – некроза кишки и перитонита. Наиболее характерны: острое начало, жестокий болевой синдром постоянного характера, ослабление или отсутствие перистальтики, тахикардия, иногда лихорадка и быстрое ухудшение общего состояния больного.

3.3 Особенность клинической картины при высоком уровне непроходимости – это большие потери желудочного, панкреатического секрета, желчи вследствие обильной многократной рвоты и быстрое развитие водно-электролитных нарушений (гипогидратации, метаболического алалоза, гипокалиемии, гипохлоремии, гипонатремии). При этом, как правило, отсутствуют выраженное вздутие живота и типичные рентгенологические симптомы ОКН. В течение некоторого времени еще отмечается отхождение газов и наличие стула.

3.4 При низкой непроходимости на первый план выступают признаки нарушения пассажа по тонкой кишке - болевой синдром, чаще приступообразного характера, отмечается выраженное вздутие живота, при этом рвота встречается реже, и быстро прогрессируют явления эндотоксикоза.

3.5 Лабораторная диагностика: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, коагулограмма, КЩС, общий белок, билирубин, АСТ, АЛТ, ЩФ, альфа амилаза, креатинин, мочевины, электролиты, средние молекулы.

3.6 Инструментальная диагностика: обязательные - обзорная рентгенография брюшной полости) и грудной клетки, ЭКГ. Динамическое рентгенологическое исследование с оценкой пассажа контраста по тонкой и толстой кишке. Дополнительные: УЗИ органов брюшной полости,

колоноскопия, компьютерная томография (КТ) с двойным (пероральным и внутривенным) контрастированием, диагностическая лапароскопия, ирригоскопия, двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ).

## **ГЛАВА 4 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

4.1 Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после краткой предоперационной подготовки в сроки около 2 часов после поступления пациента в хирургический стационар (2В). При крайне тяжелом состоянии пациента показана более длительная подготовка предпочтительно в условиях реанимационного отделения с обоснованием на врачебном консилиуме. При отсутствии признаков странгуляционной ОКН, сомнениях в диагнозе ОКН, показано сочетанное проведение: - консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции), которые служат одновременно и подготовкой к возможной операции в сроки до 12 часов.

4.2 Консервативные мероприятия по устранению ОКН включают:

- перидуральную аналгезию;
- постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд или интестинальный зонд, заведенный при помощи эндоскопии;
- инфузионную терапию с введением спазмолитических или стимулирующих кишечную моторику препаратов (по показаниям), антибиотиков, глюкокортикоидов;
- проведение сифонных клизм;

4.3 Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при непроходимости служат спаечная ОКН у пациентов, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам, без явлений перитонита. При подозрении на высокую ОКН – обзорная R-графия через 2 часа, при спаечной первую рентгенографию выполняют через 6-8 часов, далее по показаниям.

4.4 При опухолевой толстокишечной непроходимости лечение к перечисленным выше консервативным мероприятиям добавляют лечебно-диагностическую колоноскопию с попыткой проведения дренажной трубки или постановкой проксимальнее опухоли саморасширяющегося стента для разрешения непроходимости.

4.5 Признаки неразрешающейся острой тонкокишечной непроходимости: сохранение или рецидив болей в животе, рвоты; появление мышечного напряжения передней брюшной стенки, свободной жидкости в брюшной полости при КТ или УЗИ; зондовое отделяемое более 500 мл/сутки или появления кишечного содержимого по зонду; отсутствие динамики продвижения контрастного вещества по тонкой кишке и поступления его в толстую кишку.

**4.6 Хирургическое лечение.** При любой локализации кишечной непроходимости показана срединная лапаротомия или лапароскопия. Последовательно необходимо решать следующие задачи:

- установление причины и уровня непроходимости;
- перед манипуляциями провести инфильтрацию корня брыжейки тонкой кишки раствором местного анестетика (100-150 мл 0,25% раствора новокаина).

- устранение морфологического субстрата ОКН – осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов: рассечение спаек; резекция измененной кишки; устранение заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке или неразделимом тонкокишечном конгломерате;

- при переполнении кишечных петель содержимым показана декомпрессия тонкой и толстой кишки по назоинтестинальному или трансанальному зонду, ч/з энтеростому или удаляемый отрезок кишки;

- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции; При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки местного анестетика. Возможно, также, использование объективных методов оценки кровоснабжения (доплерометрия, оксиметрия и др) (2В);

- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение; При решении вопроса о границах резекции следует отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела 20-40 см, и в сторону отводящего отдела 5-10 см. при длительности заболевания до 1суток. При большей длительности заболевания и значительном расширении приводящего отдела кишки показано расширение объема резекции последней. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейца, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения;

- показаний к типу межкишечного анастомоза или кишечной стомы. При отсутствии выраженного перитонита при резекции тонкой кишки показано формирование межкишечного анастомоза. Анастомоз «конец в конец» имеет преимущество по сравнению с анастомозом «бок в бок». Предпочтительно использовать для формирования анастомоза монофиламентные рассасывающие нити 4/0, 3/0. При резекции тонкой кишки вблизи илеоцекального угла предпочтительно операцию завершать формированием илеоцекоанастомоза «конец в бок». При значительном различии диаметра приводящей и отводящей петель тонкой кишки может выполняться анастомоз «конец в бок».

- санация и дренирование брюшной полости при наличии перитонит

4.7 Дренирование тонкой кишки может применяться при наличие разлитого перитонита, выраженного спаечного процесса в брюшной полости.

4.8 При узлообразовании кишечника расправление узла производится в исключительных случаях – небольшом сроке от начала заболевания (до 4 часов) и явной жизнеспособности органа. В противном случае расправление узла опасно а и сопровождается более высокой летальностью. В этой связи в подавляющем большинстве случаев выполняют резекцию петель кишки, участвующих в узлообразовании.

4.9 При желчнокаменной непроходимости выполняется энтеротомия с извлечением камня. Энтеротомия должна выполняться на участке кишки, который не имеет выраженных трофических изменений стенок – предпочтительно дистальнее препятствия. Разрез и ушивание энтеротомной раны должны проводиться в поперечном направлении. От раздавливания и низведения желчных камней в слепую кишку следует воздержаться ввиду травматичности манипуляции. Не рекомендуется разделение конгломерата и одновременные вмешательства на желчном пузыре и области желчно-кишечного свища. При обтурации безоарами проводят их фрагментацию и низведение в слепую кишку. При невозможности — энтеротомия с извлечением этих образований.

4.10 При колоректальной опухолевой непроходимости и отсутствии признаков неоперабельности выполняются одно - или двухэтапные операции в зависимости от локализации, стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений толстокишечной непроходимости. Выполнение неотложной правосторонней гемиколэктомии в отсутствии перитонита допустимо завершать наложением первичного илеотрансверзоанастомоза.

В случае непроходимости с левосторонним расположением очага обструкции выполняется резекция ободочной кишки с удалением опухоли, которая завершается по типу операции Гартмана. Первичный анастомоз после мануальной декомпрессии кишки допустим для хирургов, имеющих достаточный опыт в колоректальной хирургии.

Проксимальная петлевая стома формируется при крайне тяжелом состоянии пациента и в неоперабельных случаях. Все операции на ободочной кишке завершаются девульсией наружного сфинктера заднего прохода. Наличие разлитого перитонита требует дополнительной санации и дренирования брюшной полости в соответствии с принципами лечения перитонита.

4.11 При заворотах сигмовидной кишки без некроза производится:

1) резекция по типу Микулича (при отсутствии высокого операционного риска у сохраннных пациентов) или первичным колоректальным анастомозом.

2) деторзия заворота с трансанальной интубацией сигмовидной кишки газоотводной трубкой. Для предотвращения рецидива заворот показан ранний перевод пациента в специализированный стационар для обследования

и плановой резекции толстой кишки. Пликация мегадолихосигмы не рекомендуется;

При заворотах сигмовидной кишки с некрозом выполняется ее резекция по типу операции Гартмана с выведением одноствольной сигмостомы.

4.12 Лечение инвагинации кишки у взрослых только хирургическое. Сначала производится попытка дезинвагинации. Она заключается в осторожном проталкивании головки инвагината в проксимальном направлении. Недопустимо вытягивать внедрившейся участок кишки. Оценивается жизнеспособность и решается вопрос о резекции кишки. При неудачной попытке дезинвагинации, наличии некроза или органической причины инвагинации выполняется резекция кишки

4.13 При острой спаечной тонкокишечной непроходимости и наличии спаечных конгломератов, разделение которых невозможно без повреждения кишки, предпочтительно выполнение резекций конгломерата без манипуляций на измененной кишке.

4.14 При распространенном перитоните и необходимости резекции тонкой кишки, возможно отказаться от наложения первичного анастомоза. В такой ситуации оправдано временное выведение энтеростомы для ликвидации ОКН и обеспечения в послеоперационном периоде и энтерального питания.

#### **4.15 Ведение послеоперационного периода:**

- Полимодалная аналгезия (аналгетики, перидуральная аналгезия) ;
- Инфузионная терапия для коррекции метаболических нарушений;
- Парентеральное питание (со вторых суток послеоперационного периода и до момента перехода на самостоятельное пероральное или полное энтеральное питание).
- Антибиотикотерапия препаратами широкого спектра (Цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны, метранидазол, карбапенемы), введение которых продолжается до 7-9 суток послеоперационного периода;
- Антисекреторные препараты;
- Гепарин либо низкомолекулярные гепарины для профилактики тромбоэмболических осложнений и нарушений микроциркуляции;
- Энтеральное питание начинается с появлением кишечной перистальтики посредством введения в интестинальный зонд глюкозо-электролитных и питательных смесей. Извлечение назогастроинтестинального дренирующего зонда осуществляется после восстановления устойчивой перистальтики и самостоятельного стула на 3-4 сутки. Зонд, введенный в кишку с каркасной целью при спаечной ОКН, удаляется на 4-6 сутки.



## **ГЛАВА 5 МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

5.1 При острой кишечной непроходимости в стационаре реабилитационные мероприятия проводятся при участии врача физиотерапевта, специалиста по ЛФК и массажу, других специалистов.

5.2 После выписки из стационара реабилитация проводится в реабилитационном отделении поликлиники, санатория.