

5. ОСТРАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Кишечная непроходимость (КН) – функциональная или механическая обструкция тонкой или толстой кишки. По частоте возникновения самой распространенной причиной механической обструкции является спаечная КН. Более редкие причины КН: болезнь Крона, обтурация желчным камнем, безоаром, инородным телом, инвагинация, заворот и др.

Коды по МКБ-10: K31.5, K56.0, K56.1, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K56.7.

Классификация

Одним из основных факторов, влияющих на лечебную тактику у пациентов с КН, является наличие признаков ишемии. КН целесообразно подразделять на следующие варианты: без ишемии, с обратимым и необратимым ишемическим повреждением кишечника. Самая частая причина ишемии кишки – странгуляция спайками или в грыжевых воротах. Также ишемическое повреждение возможно при завороте, инвагинации кишки, а также обтурационной непроходимости.

I. Механическая кишечная непроходимость:

1. Странгуляционная непроходимость – характеризуется сужением просвета кишки в сочетании со сдавлением сосудов брыжейки – при спаечном процессе в брюшной полости (чаще при штринге), завороте, инвагинации, узлообразовании.

2. Обтурационная непроходимость – характеризуется нарушением пассажа по различным отделам кишечника при обтурации просвета кишки желчным камнем, безоаром. Может протекать как с нарушением кровоснабжения органа, так и без сосудистых изменений. КН сопровождается нарушением пассажа кишечного содержимого, в зависимости от выраженности которого выделяют полную и частичную КН. Кишечная ишемия выявляется также у ряда пациентов с обтурацией кишки желчным конкрементом или безоаром.

II. Динамическая кишечная непроходимость.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести состояния и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ кислотно-основного состояния крови; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости. КТ органов брюшной полости с контрастным усилением должно быть выполнено при наличии технической возможности. При отсутствии очевидных признаков странгуляции и перитонита может быть использована проба с водорастворимым контрастным препаратом, оценка продвижения которого по кишечнику продолжается в течение 24 часов от момента перорального (зондового) приема, с периодическим контролем через 12 часов или чаще. При невозможности выполнить КТ проводится рентгенография и (или) УЗИ брюшной полости.

Дополнительные исследования: коагулограмма, определение группы крови и Rh-фактора.

Основной задачей диагностического поиска является раннее выявление ишемии кишки. Клинические и лабораторные признаки ишемического повреждения кишки: органная дисфункция, тахикардия, лихорадка выше 38°C , лейкоцитоз, повышение лактата выше 2 ммоль/л. Применение КТ позволяет значительно увеличить точность диагностики, тем не менее диагноз ишемии кишки (странгуляции) всегда вероятный.

Лечебная тактика

Хирургическая тактика определяется в зависимости от причины, тяжести состояния пациента и формы кишечной непроходимости.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с очевидными клиническими признаками кишечной ишемии (странгуляции) – интенсивными постоянными болями в животе, лейкоцитозом, повышением уровня лактата больше 2 ммоль/л – оперативное лечение выполняется без полного инструментального дообследования в максимально сжатые сроки. Нестабильность пациента также может быть следствием кишечной ишемии, в связи с чем необходимо целенаправленно выявлять органную дисфункцию.

Пациентам с кишечной ишемией, установленной на КТ, оперативное лечение выполняется рано, как только возможно, независимо от этиологии КН.

У пациентов с заворотом сигмовидной кишки без очевидного некроза кишки и признаков перитонита рекомендуется предпринять попытку деторсии заворота с помощью колоноскопии.

Ранняя операция (до 24 часов от момента госпитализации) рекомендуется пациентам с обтурацией кишки желчным конкрементом или безоаром.

Пациентам со спаечной КН, болезнью Крона без очевидных признаков ишемии кишки и перитонита проводится неоперативное лечение (НОЛ). НОЛ позволяет избежать операции большинству пациентов, особенно с частичной КН. Максимальная продолжительность НОЛ – 72 часа от момента госпитализации. НОЛ включает назо-гастральную декомпрессию, инфузионную терапию, контроль клинических, лабораторных и инструментальных данных каждые 12 часов. Сохранение симптомов КН, болевого синдрома, нарастание лейкоцитоза, лактата крови, креатинина и непоступление контраста в ободочную кишку при контрольной рентгенографии (или КТ) через 24 часа после приема являются основанием для прекращения НОЛ и выполнения срочной операции.

Во всех случаях изменение сроков выполнения оперативного вмешательства определяется на консилиуме в составе хирурга, анестезиолога и реаниматолога.

Операция

Антибиотикопрофилактика перед операцией рекомендуется всем пациентам с КН. Пациентам с необратимой ишемией кишки, перитонитом, сепсисом следует назначить системную антибактериальную терапию рано, как только возможно. В остальных случаях рутинная антибактериальная терапия не рекомендуется.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Операция может быть выполнена лапаротомным или лапароскопическим доступом. При спаечной КН абсолютным противопоказанием к лапароскопическому адгезиолизису (ЛА) является нестабильность пациента. Большое количество операций на брюшной полости существенно усложняет ЛА. Оптимальным кандидатом для ЛА является пациент без органной дисфункции с перенесенной несрединной лапаротомией. Важным условием для выполнения ЛА является наличие в бригаде опытного хирурга.

Операция при спаечной КН, независимо от способа доступа, должна быть нацелена на устранение только тех спаек, которые являются причиной непроходимости и обеспечения доступа к ним. Разделение всех имеющихся спаек и сращений в брюшной полости увеличивает травматичность вмешательства. ЛА чаще, чем открытый доступ, сопровождается ятрогенным повреждением органов брюшной полости, поэтому перед завершением операции рекомендуется тщательный осмотр зондирования для исключения повреждения кишки и кровотечения.

При обтурации тонкой кишки безоаром рекомендуется его фрагментация и осторожное низведение в ободочную кишку, что также может быть выполнено лапароскопическим доступом. При невозможности фрагментации, как и при желчнокаменной КН, для извлечения безоара (желчного камня) рекомендуется энтеротомия. При невозможности дезинвагинации выполняется резекция инвагината. Выполнение энтеротомии предпочтительно на участке с наименьшими изменениями кишечной стенки дистальнее места обструкции. В случае инвагинации может быть предпринята попытка дезинвагинации, однако, как правило, формирование инвагинации у взрослых происходит в зоне патологических образований: опухолей, полипов, спаек, что чаще всего требует резекции участка кишки.

Оценка жизнеспособности кишки во время операции проводится на основании оценки цвета серозной оболочки, пульсации сосудов и перистальтики. При сомнительной жизнеспособности оценка состояния кишки может быть проведена через 12–48 (оптимально в пределах 24–36) часов на повторной операции.

Резекция кишки проводится по визуальным жизненным тканям. Нет доказательств, что обширные резекции тонкой кишки с отступом 30–40 см от зоны некроза улучшают результаты. В такой ситуации хирургу следует быть нацеленным на сохранение длины тонкой кишки во избежание мальабсорбции с учетом возможных повторных резекций.

В случае резекции тонкой кишки или правой половины толстой кишки у стабильных пациентов возможно формирование

первичного анастомоза. У нестабильных пациентов может быть использовано этапное лечение, когда реконструкция и ушивание брюшной стенки откладываются на 24–48 часов, после стабилизации состояния пациента. При сохраняющейся нестабильности пациента на повторной операции следует воздержаться от формирования анастомоза в пользу илеостомы. В случаях хирургического лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии в результате основной патологии или декомпенсации сопутствующих заболеваний, при наличии распространенного перитонита с высоким внутрибрюшным давлением, для профилактики развития СИАГ целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В последующем в отделении реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Через 24–48 часов выполняется релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков и количества релапаротомий определяется на консилиуме, однако следует стремиться к раннему закрытию брюшной полости.

При резекции левых отделов ободочной кишки операция может быть завершена выведением колостомы или формированием первичного анастомоза (при стабильном состоянии пациента и значительном опыте хирурга в колоректальной хирургии). При дилатации приводящих отделов перед формированием анастомоза должна быть проведена декомпрессия дилатированной кишки мануально или с помощью лаважа.

В случаях трудноразделимых спаечных конгломератов возможно формирование обходных межкишечных анастомозов либо ограниченных резекций конгломерата.

Целесообразность назо-интестинальной интубации тонкой кишки не имеет строгих научных доказательств – применение методики рекомендуется на усмотрение хирурга. Следует стремиться к максимально раннему удалению назо-интестинального зонда, а срок его нахождения не должен превышать 4–5 суток в зависимости от клинической ситуации. Основанием для прекращения назо-гастральной (-интестинальной) декомпрессии является уменьшение сброса по зонду менее 500 мл/сутки.

Послеоперационный период

Стабильные пациенты после операции могут быть госпитализированы в хирургическое отделение. Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная (при наличии показаний), антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений. Принудительная послеоперационная активизация и самостоятельное передвижение с первых суток послеоперационного периода рекомендуются стабильным пациентам независимо от вида доступа. Следует поощрять раннюю активизацию и принимать все меры, которые могут этому способствовать, такие как мотивация пациента, надлежащий контроль боли, раннее удаление мочевого катетера и дренажей.