



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при острой кишечной непроходимости

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП49**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

АВТОР: А.А. Захаренко, заведующий отделением онкологии клиники факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
K56.6	Другая и неуточнённая кишечная непроходимость

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По морфофункциональным признакам:

А) Динамическая (функциональная) кишечная непроходимость — нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого:

- Паралитическая кишечная непроходимость;
- Спастическая кишечная непроходимость;

Б) Механическая кишечная непроходимость — окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита:

- Странгуляционная кишечная непроходимость (лат. strangulatio — «удушение») — возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению питания. Классическими примерами странгуляционной кишечной непроходимости являются заворот, узлообразование и ущемление.
- Обтурационная кишечная непроходимость (лат. obturatio — «закупорка») — возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого:
 - внутрикишечная без связи со стенкой кишки — причиной могут быть крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела;
 - внутрикишечная, исходящая из стенки кишки — опухоли, рубцовые стенозы;
 - внекишечная — опухоль, кисты;
- Смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и обтурации):
 - инвагинационная кишечная непроходимость как результат инвагинации;
 - спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счёт сдавления кишечника спайками брюшной полости.

2. По клиническому течению: острая и хроническая;

3. По уровню непроходимости: высокая (тонкокишечная, проксимальнее связки Трейца) и низкая (толстокишечная, дистальнее связки Трейца);

4. По пассажу химуса: полная и частичная;

5. По происхождению: врождённая и приобретённая.

Клиническая картина

Основными симптомами ОКН являются:

1. Боль в животе — постоянный и ранний признак непроходимости, обычно возникает внезапно, вне зависимости от приёма пищи, в любое время суток, без предвестников; характер боли схваткообразный. Приступы боли связаны с перистальтической волной и повторяются через 10-15 мин. В период декомпенсации, истощения энергетических запасов мускулатуры кишечника, боль начинает носить постоянный характер. При странгуляционной непроходимости боль сразу постоянная, с периодами усиления во время волны перистальтики. При прогрессировании заболевания острые боли, как правило, стихают на 2-3-и сутки, когда перистальтическая активность кишечника прекращается, что служит плохим прогностическим признаком. Паралитическая кишечная непроходимость протекает с постоянными тупыми распирающими болями в животе;
2. Задержка стула и газов — патогномоничный признак непроходимости кишечника. Это ранний симптом низкой непроходимости. При высоком её характере, в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул, иногда многократный за счёт опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия. При инвагинации из заднего прохода иногда появляются кровянистые выделения. Это может стать причиной диагностической ошибки, когда острую кишечную непроходимость принимают за дизентерию;
3. Вздутие и асимметрия живота;
4. Рвота — после тошноты или самостоятельно, часто повторная рвота. Чем выше препятствие в пищеварительном тракте, тем ранее возникает рвота и имеет более выраженный характер, многократная, неукротимая. Рвота вначале носит механический (рефлекторный), а затем центральный (интоксикация) характер.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагностика.

На догоспитальном этапе ведущими диагностическими составляющими являются:

- данные анамнеза и жалобы больного;
- данные объективного осмотра, включая пальцевое ректальное исследование.

Специфичными для ОКН симптомами являются:

- Симптом Валя — относительно устойчивое неперемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь;
- Симптом Шланге — видимая перистальтика кишок, особенно после пальпации;

- Симптом Склярова — выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника;
- Симптом Спасокукоцкого-Вильмса — «шум падающей капли»;
- Симптом Кивуля — усиленный тимпанический звук с металлическим оттенком над растянутой петлёй кишки;
- Симптом Обуховской больницы — признак низкой толстокишечной непроходимости: баллоннообразное вздутие пустой ампулы прямой кишки на фоне зияния ануса;
- Симптом Цеге-Мантейфеля — признак низкой толстокишечной непроходимости: малая вместимость (не более 500—700 мл воды) дистального отдела кишечника при постановке сифонной клизмы;
- Симптом Мондора — усиленная перистальтика кишечника сменяется на постепенное угасание перистальтики («Шум вначале, тишина в конце»);
- «Мёртвая (могильная) тишина» — отсутствие звуков перистальтики; зловещий признак непроходимости кишечника. В этот период при резком вздутии живота над ним можно выслушать не перистальтику, а дыхательные шумы и сердечные тоны, которые в норме через живот не проводятся;
- Симптом Шимана — при завороте сигмовидной кишки вздутие локализовано ближе к правому подреберью, тогда как в левой подвздошной области, то есть там, где она обычно пальпируется, отмечают западение живота;
- Симптом Тевенара (при странгуляционной непроходимости на почве заворота тонкой кишки) — резкая болезненность при надавливании на два поперечных пальца ниже пупка по средней линии, то есть там, где обычно проецируется корень её брыжейки.

Дифференциальный диагноз.

- Перфорация полого органа.
- Острый аппендицит.
- Острый панкреатит.
- Перитонит.
- Острый синдром приводящей петли (с резекцией желудка по Бильрот-2 в анамнезе).
- Почечная колика.
- Пневмония (нижнедолевая).
- Плеврит.
- Ишемическая болезнь сердца (острый инфаркт миокарда, стенокардия).

Лечение и показания к доставке пациента в стационар (D,4).

Диагноз или обоснованное предположение о наличии ОКН являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар автомобилем скорой медицинской помощи в положении лежа на носилках.

При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствор папаверина гидрохлорида 2% - 2 мл).

При рвоте показана установка желудочного зонда.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Всех больных, поступающих в СтОСМП с диагнозом ОКН, делят на две группы:

- пациенты со странгуляционной ОКН (заворот, ущемление, узлообразование);
- пациенты с другими видами ОКН (динамическая, смешанная, обтурационная)

Критерии диагностики острой странгуляционной кишечной непроходимости в СтОСМП:

- быстрое, внезапное, даже бурное начало заболевания на фоне полного благополучия;
- схваткообразные боли в животе;
- задержка стула и газов;
- неукротимая рвота;
- наличие рубцов на передней брюшной стенке;
- рентгенологические признаки (горизонтальные уровни жидкости).

Протоколы обследования в СтОСМП (D,4):

1. Больным со странгуляционными формами механической непроходимости показано неотложное хирургическое лечение и эта категория больных после выполнения ЭКГ, консультации врача-терапевта направляется в операционную.
2. Целенаправленно обследуются места типичного расположения грыж брюшной стенки. Обязательным является пальцевое ректальное исследование.
3. Оценивается степень обезвоживания - тургор кожи, сухость языка, наличие жажды, фиксируется интенсивность рвоты, ее частота, объем и характер рвотных масс.
4. Производится термометрия.
5. Лабораторные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, коагулограмма, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, средние молекулы, хемоллюминисценция, глутатиопироксидаза и супероксиддисмутаза.
6. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

Показания к госпитализации в специализированное отделение стационара:

- Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после краткой предоперационной подготовки в сроки не более 2 часов после поступления больного. Обязательными компонентами предоперационной подготовки наряду с гигиенической подготовкой кожи в области операционного поля являются:
 - опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через желудочный зонд, который сохраняется на период вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации;
 - опорожнение мочевого пузыря;

- превентивное парентеральное введение антибиотиков (целесообразно использование аминогликозидов II-III, цефалоспоринов III поколения и метронидозол 100 мл за 30-40 минут до начала операции;
- проведением инфузионной терапии (внутривенно 1,5 литра растворов кристаллоидов, реамберин 400 мл, цитофлавин 10 мл в разведении на 400 мл 5% раствора глюкозы. Антибиотики в этом случае вводятся за 30 минут до операции внутривенно.
- Для динамического наблюдения пациентов при купировании симптомов странгуляции в СтОСМП с коротким сроком анамнеза заболевания (менее 6 часов).
- Для проведения динамического наблюдения при других формах ОКН

Показания к госпитализации на койки краткосрочного пребывания в СтОСМП:

- При сомнениях в диагностике ОКН, а также если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций, показано сочетанное проведение:
 - дифференциальной диагностики;
 - консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции);
 - общесоматической инфузионной терапии, которая служит одновременно и подготовкой к возможной операции.
- Для проведения консервативных мероприятий по устранению ОКН:
 - двухстороннюю сакроспинальную блокаду на уровне Th5 - Th7;
 - постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд или интестинальный зонд, заведенный при помощи ФГДС;
 - интенсивную инфузионную терапию с введением спазмолитических или стимулирующих кишечную моторику препаратов (по показаниям);
 - проведение сифонных клизм.
- Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при непроходимости служат спаечная ОКН у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам, без явлений перитонита. Основанием для прекращения серии Rg-грамм является фиксация поступления контраста в толстую кишку.
- При опухолевой толстокишечной непроходимости лечение начинается с консервативных мероприятий, цель которых - устранение острой непроходимости и создание условий для выполнения радикальной операции. К перечисленным выше консервативным мероприятиям добавляется лечебно-диагностическая эндоскопия (неотложные ректороманоскопия, фиброколоноскопия). При отсутствии эффекта в течение 12 часов от поступления в стационар выполняется срочная операция. Рентгеноконтрастное исследование с дачей бариевой взвеси не показано.

Рекомендации:

- Всем больным с признаками острой кишечной непроходимости необходимо выполнить обзорную рентгенографию (компьютерную томографию) брюшной полости для определения уровня и возможной этиологии кишечной непроходимости (С, 2+).
- Всем больным с признаками тонкокишечной непроходимости необходимо ввести в ЖКТ рентгенконтрастное вещество (бариевая взвесь), с последующей серией рентгеновских снимков (каждые 6-8 часов) для оценки динамики консервативной терапии (В, 1+).
- Больным с признаками ОКН без перитонеальных симптомов предпочтительно проведение консервативной терапии с использованием прозерина под контролем гемодинамики (D, 3).
- В связи с быстрым ухудшением состояния больных с обструктивной кишечной непроходимостью, необходима ранняя консультация врача-хирурга для принятия решения об экстренном оперативном лечении (С, 2+).
- Использование эндоскопического исследования оправдано при начальном завороте сигмовидной кишки (С, 2+).
- Использование фиброколоноскопии с дилатацией просвета и рассечением внутрипросветных спаек толстой кишки при болезни Крона, может быть альтернативой хирургического лечения (С, 2+).
- Эндоскопическое исследование пациентам с перитонеальной симптоматикой и признаками перфорации полого органа не показано (С, 2+).
- С целью декомпрессии толстой кишки при опухолевом стенозе, рекомендуется рассматривать, как альтернативу хирургического лечения, постановку саморасширяющегося металлического стента (СМС), реканализации опухолевого просвета (С, 2+).
- Использование СМС рассматривается как этап подготовки больного для выполнения хирургического лечения (С, 2+).
- Для пациентов с перитонеальными симптомами, признаками перфорации полого органа показано экстренное оперативное лечение (D, 3).

Литература:

- 1) Азимов А. А., Абдуллаева Ф. А., Хатамов И. Э. Перитонит у больных с острой кишечной непроходимостью //Хирургия Узбекистана. -Ташкент, 2003. -№ 3. -С. 6.
- 2) Макарова М. П., Трицкий Б. С., Быков Й. Г. Выбор хирургической тактики при обтурационной тонкокишечной непроходимости //Хирургия. –2000. -№ 8. -С. 45-47.
- 3) Савельев В. С., Кириенко А. И. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. — 1-е изд. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 832.
- 4) Яицкий Н.А., Седов В.М. , Васильев С.В. Опухоли толстой кишки — М.: Медпресс-информ, 2004. — С. 371

- 5) Frago R, Ramirez E, Millan M, Kreisler E, Del Valle E, Biondo S. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review. Am J Surg. 2013
- 6) García-Cano J. Colorectal stenting as first-line treatment in acute colonic obstruction . World J Gastrointest Endosc. 2013 p. 495-501
- 7) Li CY, Guo SB, Wang NF. Decompression of Acute Left-sided Malignant Colorectal Obstruction: Comparing Transanal Drainage Tube With Metallic Stent. J Clin Gastroenterol. 2013.
- 8) Poves I, Sebastián Valverde E, Puig Companyó S, Dorcaratto D, Membrilla E, Pons MJ, Grande L. Results of a laparoscopic approach for the treatment of acute small bowel obstruction due to adhesions and internal hernias. Cir Esp. 2013
- 9) Singh VV, Draganov P, Valentine J. Efficacy and safty of endoscopic ballon dilatation of symptomatic upper and lower gastrointestinal Crohn`s disease strictures. J Lin Gastroenterol 2005;39:284-90

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней

	вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+