Острая неопухолевая кишечная непроходимость

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K31.5, K45, K46, K56.0, K56.1, K56.2, K56.3, K56.4 · Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Острая кишечная непроходимость — функциональная или механическая блокада тонкой либо толстой кишки. Главные задачи — быстро подтвердить диагноз, установить причину и выявить ишемию или перитонит: при их наличии нужна экстренная операция, а у стабильных пациентов без этих признаков допустимо начальное неоперативное лечение.

Главное

- Спаечная непроходимость составляет 49–73% случаев механической тонкокишечной непроходимости; тонкокишечная форма встречается в 4–5 раз чаще толстокишечной.
- У любого пациента целенаправленно ищут ишемию кишечника, включая странгуляцию, и перитонит. Их выявление — показание к экстренной операции (УУР С, УДД 5).
- КТ брюшной полости — наиболее точный метод подтверждения непроходимости, определения ее причины и оценки ишемии; при технической возможности ее проводят всем пациентам с КН (УУР С, УДД 5).
- Стабильным пациентам без признаков ишемии и перитонита начинают неоперативное лечение (УУР С, УДД 4). Его безопасность обеспечивается постоянным наблюдением и серийной оценкой клинических, лабораторных и инструментальных данных.
- При длительном неоперативном лечении клинические и лабораторные показатели контролируют каждые 12 часов (УУР С, УДД 5). Нарастание органной дисфункции, боли или ССВР требует прекращения неоперативной тактики и операции.
- Для тонкокишечной непроходимости без явной ишемии и перитонита применяют водорастворимый йодсодержащий контраст: его продвижение оценивают каждые 6–12 часов; отсутствие контраста в толстой кишке через 24 часа рассматривают как показание к операции (УУР В, УДД 2).
- КН с задержкой стула и газов, вздутием, схваткообразной болью, тошнотой или рвотой и дилатацией тонкой кишки более 3 см по данным визуализации — показание к госпитализации в стационар.

Диагностика

1. При подозрении на КН пациента осматривает хирург. Уточняют перенесенные операции на животе, длительность заболевания, характер и интенсивность боли, рвоту, отхождение стула и газов (УУР С, УДД 5).
2. При осмотре оценивают вздутие, болезненность, защитное напряжение, признаки раздражения брюшины, все грыжевые ворота и послеоперационные рубцы; выполняют пальцевое исследование прямой кишки для исключения опухолевой обструкции.
3. Оценивают тяжесть состояния, жизненно важные показатели, диурез, гиповолемию, септический шок и органную дисфункцию. При quickSOFA 2 балла и более высока вероятность неблагоприятного исхода; требуется лечение в отделении интенсивной терапии.
4. Выполняют общий анализ крови, биохимический анализ крови, исследование кислотно-основного состояния и газов крови для выявления гиповолемии, органной дисфункции и возможной ишемии (УУР С, УДД 4). Лактатацидоз, ССВР и лейкоцитоз учитывают, но ни один из этих признаков сам по себе не подтверждает ишемию и не является абсолютным показанием к операции.
5. Для скрининга используют обзорную рентгенографию и УЗИ: ищут дилатацию кишки, кишечные арки с уровнями жидкости, а при УЗИ — маятникообразное движение содержимого; диаметр тонкой кишки более 25 мм поддерживает диагноз.
6. КТ определяет динамический или механический характер КН, точку перехода, замкнутую петлю, отек брыжейки, свободную жидкость и нарушения накопления контраста стенкой кишки — признаки, помогающие выявить странгуляцию и ишемию.
7. При очевидных клинических признаках ишемии или перитонита дополнительное инструментальное обследование не задерживает операцию: пациенту выполняют экстренное хирургическое лечение (УУР С, УДД 5).

Лечение

- Начальное неоперативное лечение показано стабильным пациентам без признаков ишемии и перитонита: инфузионная терапия, декомпрессия кишечника назогастральным или назоинтестинальным зондом и профилактика аспирации (УУР С, УДД 5).
- Для восполнения жидкости используют кристаллоиды: сложный раствор натрия лактата или 0,9% раствор натрия хлорида. Препараты калия назначают осторожно из-за риска острой почечной недостаточности.
- При профилактике аспирации поддерживают возвышенное положение головного конца кровати под углом 30° и назначают противорвотные препараты (УУР С, УДД 5). Установку зонда предлагают выполнять селективно, только пациентам с непрекращающейся рвотой.
- Неоперативную тактику прекращают и переходят к операции при ишемии или перитоните, появлении либо нарастании ССВР и органной дисфункции, лактатацидозе, почечной недостаточности, удвоении креатинина, температуре выше 38,5 °С, лейкоцитозе более 18×10^9/л, отсутствии контраста в толстой кишке через 24–36 часов или сбросе по зонду более 500 мл к третьим суткам.
- При тонкокишечной непроходимости операция может выполняться лапароскопически или открыто; лапароскопический адгезиолизис выбирают у стабильных пациентов. При спаечной КН разделяют только спайки, вызывающие обструкцию или необходимые для доступа, а не все сращения брюшной полости.
- При необратимой ишемии резекцию выполняют в пределах визуально жизнеспособных тканей, сохраняя максимальную длину кишки. У стабильного пациента после резекции накладывают межкишечный анастомоз; у нестабильного выполняют обструктивную резекцию с программной релапаротомией и реконструкцией через 24–48 часов.
- При завороте сигмовидной кишки без явной ишемии и перитонита начинают с эндоскопической деторсии. При перфорации, нежизнеспособности кишки или завороте правой половины ободочной кишки выполняют сегментарную резекцию; у нестабильных не восстанавливают непрерывность кишки одномоментно.
- Рутинные антибиотики при КН без перфорации, перитонита и сепсиса не применяют. При отсутствии противопоказаний проводят системную антибиотикопрофилактику за 30 минут до операции, а при необратимой ишемии, перфорации или сепсисе антибактериальную терапию начинают как можно раньше.

Когда направить и как наблюдать

- При клинико-инструментальной картине КН показана госпитализация в хирургический стационар.
- При quickSOFA 2 балла и более требуется лечение в отделении интенсивной терапии.
- При очевидных клинических признаках ишемии, включая странгуляционную КН, и перитонита пациента направляют на экстренную операцию без дополнительного инструментального обследования.
- Выписка возможна после восстановления приема пищи, отхождения стула и газов, при отсутствии сепсиса, органной дисфункции и боли, требующей наркотических анальгетиков.

Частые вопросы

Какие симптомы наиболее характерны для кишечной непроходимости?

Типичны схваткообразная боль в животе, вздутие, тошнота или рвота и задержка стула и газов. Эти признаки неспецифичны: жидкий стул не исключает КН, а боль может быть слабой даже при странгуляции.

Всегда ли при подозрении на КН нужна операция?

Нет. У стабильных пациентов без признаков ишемии и перитонита начинают неоперативное лечение под постоянным контролем. Ишемия, перитонит или ухудшение состояния требуют операции.

Какой метод лучше всего подтверждает диагноз и причину КН?

Наиболее точна КТ брюшной полости: она показывает механический или динамический характер непроходимости, причину и признаки ишемии. Рентгенография и УЗИ используют как скрининговые методы.

Как трактовать пробу с водорастворимым контрастом?

У пациентов с тонкокишечной непроходимостью без явной ишемии и перитонита продвижение контраста оценивают каждые 6–12 часов. Если через 24 часа контраст не достиг толстой кишки, это рассматривают как показание к операции, хотя часть пациентов может разрешиться неоперативно в интервале 24–48 часов.

Когда прекращать неоперативное лечение?

Тактику меняют при появлении или нарастании ССВР, органной дисфункции, боли, лактатацидоза или почечной недостаточности, а также при удвоении креатинина. Дополнительные критерии — отсутствие контраста в толстой кишке через 24–36 часов и сброс по назогастральному зонду более 500 мл к третьим суткам.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/327-ostraya-neopuholevaya-kishechnaya-neprohodimost. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/327_3