Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: K56.6 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Ассоциация онкологов России, Общероссийская общественная организация "Российское общество хирургов"

Острая кишечная непроходимость опухолевой этиологии — механическая обструкция кишечника новообразованием, чаще в толстой кишке. Рекомендация посвящена срочной диагностике, стабилизации состояния и выбору между декомпрессией, стентированием, стомой и резекцией с учетом перфорации, перитонита, сепсиса и операционного риска.

Главное

- Типичные проявления — вздутие живота, прекращение отхождения стула и газов, схваткообразная боль и рвота; переход боли в постоянную на 2–3-и сутки считается неблагоприятным признаком.
- Выявление перфорации, странгуляции и септического шока является приоритетной задачей диагностики: при перфорации кишки и септическом шоке задержка операции более 6 часов связана со 100% летальностью в течение 60 суток.
- Всех пациентов с подозрением на кишечную непроходимость срочно госпитализируют в хирургический стационар; лечение опухолевой ОКН носит неотложный характер.
- Неоперативное лечение при опухолевой ОКН служит подготовкой к операции, а не окончательным методом; оно допустимо при отсутствии перфорации и требует коррекции гиповолемии, водно-электролитных нарушений, анемии и нутритивного статуса.
- Стентирование или проксимальная петлевая стома позволяют сначала устранить обструкцию и затем выполнить плановое онкологическое лечение; выбор зависит от стабильности пациента, локализации опухоли и возможностей учреждения.
- При перфорации, перитоните, абсцедировании, диастатическом разрыве или ишемии толстой кишки выполняют резекцию без межкишечного анастомоза.
- После операции все пациенты подлежат диспансерному наблюдению онколога или колопроктолога; у пациентов II–III стадии обследование может быть рекомендовано каждые 3–6 месяцев в первые 2 года, затем каждые 6 месяцев до 5 лет.

Диагностика

1. Собрать анамнез и оценить жалобы: вздутие, задержку стула и газов, характер боли и рвоту; уточнить изменение схваткообразной боли на постоянную.
2. При осмотре оценить общее состояние, кожу, температуру, пульс, частоту дыхания и артериальное давление; выполнить аускультацию, перкуссию и пальпацию живота, пальцевое ректальное исследование, а женщинам — также вагинальное исследование.
3. Назначить общий анализ крови, биохимический анализ и определение электролитов для выявления анемии, системной воспалительной реакции, водно-электролитных нарушений и признаков органной недостаточности.
4. Для определения срочности оперативного лечения и оценки органной дисфункции при сепсисе рекомендуется применять шкалы SOFA и quick SOFA.
5. При отсутствии противопоказаний выполнить КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза для выявления опухолевой природы непроходимости, стадирования онкологического процесса, обнаружения метастазов и признаков перфорации (УУР С, УДД 5).
6. Если КТ невозможна, провести УЗИ брюшной полости и малого таза вместе с обзорной рентгенографией брюшной полости (УУР С, УДД 4); при выявлении острой обтурационной кишечной непроходимости по данным этих исследований возможно выполнить ирригоскопию с водорастворимым контрастом натрия амидотризоатом (УУР С, УДД 2).
7. Гемодинамически стабильным пациентам без высокого риска перфорации выполнить колоноскопию для верификации диагноза, биопсии опухоли и оценки возможности стентирования (УУР С, УДД 5); у

нестабильных пациентов и при расширении купола слепой кишки более 10 см исследование до операции не проводят.

Лечение

- Прекратить энтеральное питание и начать коррекцию гиповолемии и водно-электролитных нарушений; на начальном этапе предпочтительны сбалансированные кристаллоидные растворы (УУР С, УДД 2 и УУР С, УДД 5).
- При симптомах гастростаза выполнить декомпрессию верхних отделов ЖКТ через назогастральный или назоинтестинальный зонд; при левосторонней ОКН без застойного содержимого в желудке зондирование может не требоваться (УУР С, УДД 5).
- При отсутствии перфорации начальное неоперативное лечение используют для подготовки к операции; клиническую эффективность оценивают каждые 6 часов, инструментально — каждые 12 часов (УУР С, УДД 5).
- Неоперативную тактику прекращают при признаках перфорации, лактате более 2 ммоль/л, лейкоцитозе более 18×10^9/л, температуре выше 38,5 °С, увеличении креатинина более чем в 2 раза по сравнению с поступлением, расширении купола слепой кишки более 10 см или стойком ацидозе; расширение купола слепой кишки более 10 см и неподдающийся коррекции ацидоз требуют срочной операции.
- При перитоните и септическом шоке сначала проводят интенсивную терапию и стабилизацию, затем оперируют; целевые показатели — ЦВД 8–12 мм рт. ст., среднее АД более 65 мм рт. ст. и $ScvO_2$ более 70% (УУР С, УДД 3).
- При установленной перфорации кишки и перитоните антибактериальную терапию начинают как можно раньше: возможна монотерапия карбапенемом либо комбинация метронидазола с цефалоспорином III поколения или фторхинолоном (УУР А, УДД 1).
- При опухоли левых отделов ободочной кишки без перфорации, перитонита, кровотечения и полной окклюзии предпочтительно установить саморасширяющийся непокрытый металлический стент (УУР В, УДД 2); радикальную операцию у пациентов, не требующих дополнительного лечения, в том числе неоадъювантной лекарственной и/или лучевой терапии, выполняют в течение 14–30 суток после декомпрессии.
- Альтернатива стентированию — декомпрессионный колоноскопический катетер при отсутствии перфорации, перитонита, кровотечения и полной окклюзии просвета опухолью левых отделов ободочной кишки; проведение катетера возможно при диаметре опухолевого канала не менее 3 мм (УУР С, УДД 4).
- При неэффективности проводимого лечения, отсутствии признаков перитонита или в качестве альтернативы стентированию рекомендовано формирование проксимальной петлевой кишечной стомы (УУР В, УДД 2).

Когда направить и как наблюдать

- При любом подозрении на кишечную непроходимость — срочно направить в хирургический стационар; диагностический этап проводят в стационаре.
- Нестабильных пациентов, больных с перитонитом и септическим шоком ведут в отделении реанимации до стабилизации перед операцией.
- Операцию по удалению опухоли следует выполнять в хирургическом, колопроктологическом или онкологическом отделении специалистом с опытом онкологических операций на толстой кишке.
- После разрешения ОКН стентированием или проксимальной петлевой стомой пациента из неспециализированного отделения направляют в онкологический или колопроктологический стационар; такой же перевод нужен после консервативного разрешения непроходимости.

Частые вопросы

Какой метод визуализации выбрать первым при подозрении на опухолевую ОКН?

При отсутствии противопоказаний методом выбора является КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза (УУР С, УДД 5). Если КТ невозможна, выполняют УЗИ и обзорную рентгенографию брюшной полости (УУР С, УДД 4).

Когда колоноскопию не рекомендуют выполнять до операции?

Ее не проводят до операции у нестабильных пациентов и при расширении купола слепой кишки более 10 см из-за высокого риска перфорации. У стабильных больных без высокого риска перфорации колоноскопия нужна для биопсии и оценки возможности стентирования.

Когда при опухолевой ОКН нужно срочно оперировать?

При перфорации, перитоните и септическом шоке требуется оперативное вмешательство; у нестабильных пациентов его проводят после интенсивной терапии и стабилизации. При стойком ацидозе или расширении купола слепой кишки более 10 см неоперативное лечение прекращают и выполняют срочную операцию. Также неоперативную тактику прекращают при лактате выше 2 ммоль/л, лейкоцитозе более 18×10^9/л, температуре выше 38,5 °C или увеличении креатинина более чем в 2 раза по сравнению с поступлением.

Кому можно устанавливать колоректальный стент?

Пациентам с опухолью левых отделов ободочной кишки при отсутствии перфорации, перитонита, кровотечения и полной окклюзии просвета (УУР B, УДД 2). Стентирование не рекомендовано при опухолях нижне- и среднеампулярного отделов прямой кишки и на фоне терапии бевацизумабом (УУР C, УДД 4 и УУР B, УДД 2).

Когда при резекции нельзя формировать анастомоз?

При перфорации, перитоните, абсцедировании, диастатическом разрыве или ишемии толстой кишки резекцию выполняют без анастомоза. При наличии любого из факторов высокого риска, включая возраст старше 70 лет, ASA более 3, Hb менее 75 г/л, СКФ менее 45 мл/мин/1,73 м², сердечную или дыхательную недостаточность и неврологический дефицит, от формирования анастомоза также следует отказаться.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/462-ostraya-kishechnaya-neprohodimost-opuholevoj-etiologii. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/462_2