Азбука пациента

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

Острая кишечная непроходимость – грозное и опасное для жизни осложнение многих заболеваний желудочно-кишечного тракта. Несмотря на успехи медицины, летальность во всем мире при этом заболевании остается высокой. Суть ОКН состоит в быстром прекращении нормального физиологического прохождения (пассажа) кишечного содержимого по пищеварительному тракту.

Почему развивается острая кишечная непроходимость?

Среди факторов, предрасполагающих к механической кишечной непроходимости, наиболее часто встречаются:

- Спаечный процесс в брюшной полости после перенесенных ранее операций;
- Опухоли кишки, реже инородные тела;
- Безоары (комки непереваренной пищи, волос);
- Индивидуальные особенности анатомии кишки, предрасполагающие к ее завороту;
- Грыжи.

Иногда кишечная непроходимость развивается при отсутствии механического препятствия. В таком случае она называется динамической или функциональной. **Причины ее тоже разнообразны:** травма, воспалительные процессы в брюшной полости, существенные нарушения обмена веществ, низкий уровень калия в крови, уремия, сахарный диабет, сосудистые нарушения кишечника, заболевания ЦНС и т.д.

Какие признаки могут говорить о кишечной непроходимости?

Ранний и обязательный признак ОКН — боль в животе. Она может возникнуть внезапно без каких-либо предвестников, чаще всего носит «схваткообразный» характер. Приступы боли при ОКН первое время

повторяются примерно через равные промежутки времени и связаны с физиологическим волнообразным движением кишечника — перистальтикой. Спустя некоторое время боль в животе может стать постоянной.

Наиболее опасна странгуляционная форма заболевания, когда спайками или в результате заворота кишки происходит сдавление сосудов, кровоснабжающих кишку, с последующим развитием гангрены участка кишки.

В такой ситуации прогноз напрямую связан с длительностью заболевания и определяется часами. При странгуляционной непроходимости боль возникает внезапно, как правило, носит выраженный и сразу постоянный характер. При этом стихание болей нужно расценивать как сигнал тревоги, поскольку говорит о полном некрозе (гангрене) кишки, который может наступить в течение 2-8 часов от начала заболевания.

Вторым по частоте и ранним симптомом кишечной непроходимости является рвота, которая может быть многократной, неукротимой, при высоком уровне непроходимости, редкой при локализации препятствия в нижних отделах тонкой или отсутствовать первое время при нарушении пассажа на уровне толстой кишки. В более поздних стадиях возникает вздутие живота, отмечается задержка стула и отсутствие отхождения газов.

Чем опасна кишечная непроходимость?

Кишечная непроходимость приводит к обезвоживанию организма, потерям жизненно важных электролитов и нарушением кислотно-щелочного баланса организма. Нарушение поступления пищи, ее переваривания и всасывания быстро вызывает дисфункцию практически всех органов и систем. Наряду с жидкостью и электролитами при кишечной непроходимости теряется значительное количество белков, играющих важную роль в жизнедеятельности человека. В последующем застой содержимого кишки выше препятствия приводит к разложению органических веществ, гниению и росту патогенной микрофлоры. При этом накапливаются токсические продукты, и развивается общая интоксикация организма. Как кульминация далеко зашедшего патологического процесса, происходит омертвение (некроз) стенки кишки, проникновение токсического содержимого в брюшную полость, кровеносное русло и развитие гнойного перитонита, сепсиса.

Что необходимо предпринять, чтобы спасти человека при кишечной непроходимости?

При появлении первых симптомов необходимо безотлагательно обратиться к врачу. **Кишечная непроходимость – показание к срочной госпитализации** в хирургический стационар, где безотлагательно производятся диагностические мероприятия. В зависимости от причины, формы, длительности заболевания выбирается метод лечения.

- При наличии странгуляционной формы непроходимости (при спаечном процессе, завороте кишки, ущемленной грыже) проводится экстренное оперативное вмешательство. При отсутствии выраженного болевого синдрома, симптомов раздражения брюшины (перитонита), небольшом (до суток) сроке от начала заболевания проводится консервативная терапия, направленная на разрешение непроходимости.

- При отсутствии эффекта от консервативного лечения прибегают к хирургическому вмешательству. Характер и объем операции определяется хирургом совместно с анестезиологом индивидуально в зависимости от причины, характера непроходимости, длительности заболевания, тяжести состояния пациента и операционного риска. По возможности выполняют малоинвазивные высокотехнологичные лапароскопические вмешательства. В иных случаях производят широкую лапаротомию, тщательную ревизию брюшной полости и ликвидацию причины непроходимости.
- При тонкокишечной непроходимости после устранения причины операция чаще всего заканчивается проведением специального зонда через носовой ход в тонкую кишку для проведения внутрикишечной терапии в послеоперационном периоде.
- При патологии толстой кишки операция завершается выведением кишечной стомы для профилактики развития тяжелых послеоперационных осложнений. В течение 2-3-х месяцев после выполненной операции после полной реабилитации пациента может быть выполнена повторная операция по закрытию стомы и восстановлению естественного пассажа кишечного содержимого.

В послеоперационном периоде после коррекции метаболических нарушений стараются как можно раньше активизировать пациента и восстановить полноценное питание. Обычно это происходит к 6-8 суткам после лапаротомных и 2-4 суткам после лапароскопических операций.

После выписки пациента, оперированного по поводу кишечной непроходимости, рекомендуется ограничение физических нагрузок в течение 2-3 месяцев после лапаротомии и в течение 1 месяца после лапароскопического вмешательства. Всем пациентам со спаечной кишечной непроходимостью, в том числе у которых она была разрешена консервативно, рекомендуется дробное 4-5 разовое питание с ограничением одномоментного приема большого количества продуктов, содержащих грубую клетчатку (орехи, хурма, квашенные овощи, редис и т.д.). Необходимо диспансерное наблюдение у врача-участкового терапевта, врача общей практики или врача-гастроэнтеролога по месту жительства.

Источник:
Клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость»
Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: K56.0, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6
Год утверждения (частота пересмотра): 2021
Возрастная категория: Взрослые
Год окончания действия: 2023
ID: 327
Разработчик клинической рекомендации:
- Общероссийская общественная организация «Российское общество хирургов»

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ