

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Диагностика и лечение
пациентов (взрослое население) с
острой кишечной
непроходимостью при оказании
медицинской помощи в
стационарных условиях»

ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий Клинический протокол устанавливает общие требования к объемам медицинской помощи, оказываемой с целью диагностики и лечения в стационарных условиях пациентов (взрослое население) с острой кишечной непроходимостью (кишечные сращения (спайки) с непроходимостью (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее – МКБ-10) – K56.5); другой неуточненной кишечной непроходимостью (шифр по МКБ-10 – K56.6)).

2. Требования настоящего Клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

3. Для целей настоящего Клинического протокола используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении» (Ведамасці Вярхоўнага Савета Рэспублікі Беларусь, 1993 г., № 24, ст. 290; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2008 г., № 159, 2/1460).

4. При клинической картине странгуляционной непроходимости выполняется экстренное оперативное вмешательство. При необходимости проводится предоперационная подготовка, длительность которой не должна превышать 2 часов с момента госпитализации пациента в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения. Если требуется больше времени на подготовку пациентов, врачебный консилиум должен обосновать задержку операции.

5. Динамическая кишечная непроходимость лечится консервативно.

При отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии может быть выполнена операция, включающая в себя и декомпрессию кишечника.

6. Механическая кишечная непроходимость требует дифференцированного подхода:

экстренные операции выполняются в первые 2-3 часа поступления в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения при наличии клиники перитонита; выраженном болевом синдроме при наличии клинической картины и данных инструментальных исследований, подтверждающих наличие острой кишечной непроходимости;

срочные операции выполняются при нарастании клинических признаков острой кишечной непроходимости, отсутствии эффекта от комплекса консервативных мероприятий, а также при отсутствии продвижения сульфата бария по кишечнику при рентгенологическом контроле прохождения контраста по желудку, тонкой и толстой кишке во время исследования кишечника в динамике. Длительность динамического наблюдения в таких случаях не должна превышать 8 часов с момента госпитализации в хирургическое отделение больничной организации здравоохранения. Если требуется больше времени для уточнения диагноза, задержка с операцией должна быть обоснована врачебным консилиумом;

плановые операции после получения эффекта от консервативной терапии опухолевой толстокишечной непроходимости выполняются в специализированном отделении больничной организации здравоохранения не позже, чем через 1 неделю после морфологически подтвержденного в хирургическом отделении диагноза рака толстой кишки.

7. При не устраненной механической кишечной непроходимости назначение лекарственных средств, стимулирующих работу кишечника, противопоказано.

8. Средняя длительность стационарного лечения: 14 - 18 календарных дней.

ГЛАВА 2 ДИАГНОСТИКА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

9. Обязательные диагностические мероприятия:

9.1. при поступлении в больничную организацию здравоохранения:

9.1.1. клинические: жалобы, анамнез, осмотр, общая термометрия, антропометрия, пальпация, аускультация, перкуссия живота, подсчет частоты сердечных сокращений, определение уровня артериального

давления;

9.1.2. ректальное исследование;

9.1.3. лабораторные:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, измерение скорости оседания эритроцитов (далее – СОЭ));

биохимическое исследование крови: определение уровней билирубина, мочевины, общего белка, аспаратаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, альфа-амилазы, электролитов (калий, кальций, натрий, хлор);

определение уровня глюкозы в крови;

определение группы крови по системам АВ0 и резус;

общий анализ мочи;

9.1.4. инструментальные:

электрокардиограмма;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов грудной полости;

обзорная рентгенография или рентгеноскопия органов брюшной полости в вертикальном положении пациента или при горизонтальном положении пациента в латеропозиции;

рентгенологический контроль прохождения взвеси сульфата бария по желудку, тонкой и толстой кишке (кроме странгуляционной и толстокишечной непроходимости);

толстокишечная эндоскопия или ирригоскопия при подозрении на толстокишечную непроходимость;

9.2. при выписке из больничной организации здравоохранения и по медицинским показаниям:

общий анализ крови (определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов и лейкоцитов, подсчет лейкоцитарной формулы, СОЭ);

общий анализ мочи.

10. Дополнительная диагностика (по медицинским показаниям):

лапароскопия;

ультразвуковое исследование органов брюшной полости;

бактериологическое исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

двухэтапная зондовая или беззондовая контрастная энтерография;

тонкокишечная эндоскопия;

консультации смежных специалистов (врача-терапевта, врача-акушер-гинеколога, врача-уролога, врача-эндокринолога и других).

ГЛАВА 3 КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

11. Консервативная терапия показана при динамической и механической кишечной непроходимости при отсутствии медицинских показаний к экстренной операции и включает:

11.1 восполнение дефицита жидкости, коррекцию нарушений реологических свойств крови, энергодефицита:

базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

сбалансированные полиионные растворы;

по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипропилкрахмал, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);

11.2. эвакуацию содержимого желудка через зонд;

11.3. блокады с местными анестетиками;

11.4. введение спазмолитических лекарственных средств (папаверина гидрохлорида, дротаверина);

11.5. сифонную клизму (при отсутствии перитонита).

ГЛАВА 4 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

12. Предоперационная подготовка проводится всем пациентам с острой кишечной непроходимостью. Она зависит от типа и уровня непроходимости, выраженности водно-электролитных расстройств, характера и тяжести сопутствующих заболеваний. Объем, характер и длительность предоперационной подготовки решаются индивидуально для каждого пациента совместно врачом-хирургом и врачом-анестезиологом-реаниматологом.

13. С целью профилактики тромбоэмболии легочной артерии по медицинским показаниям перед операцией и в послеоперационном периоде следует назначить антитромботическое средство (гепарин, дальтепарин, надропарин, эноксапарин).

14. В предоперационном периоде пациентам выполняется антибиотикопрофилактика: за 30 - 40 минут до операции или во время вводного наркоза внутривенно однократно вводится один из цефалоспориновых антибиотиков III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефтриаксон, цефепим).

15. Оперативные вмешательства при острой кишечной непроходимости выполняются под общей анестезией.

16. Предпочтение отдается срединной лапаротомии.

17. Объем операции зависит от причины острой кишечной непроходимости и морфологических изменений в кишке.

18. Декомпрессия кишки при наличии медицинских показаний выполняется одним из способов: назоинтестинальная интубация, интубация тонкой кишки через гастростому, еюностому и цекостому, трансанальная интубация толстой кишки. Назоинтестинальная интубация предпочтительна.

19. При некрозе тонкой кишки или при сомнении в ее жизнеспособности производят ее резекцию в пределах жизнеспособных тканей, отступая от зоны некроза в приводящем отделе не менее чем на 30 - 40 см, в отводящем – не менее чем на 15 - 20 см. Завершают операцию формированием анастомоза по типу «бок в бок» или «конец в конец». При формировании межкишечного анастомоза целесообразно использовать стальные сшивающие аппараты 2-го поколения с одноразовыми кассетами. Если уровень анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина которого менее 20 см, следует накладывать тонко-толстокишечный анастомоз.

20. При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена проксимальная колостома или энтеростома. Восстановление непрерывности кишки при отсутствии медицинских противопоказаний выполняется не позже 2 - 3 месяцев после данной операции.

21. При опухолевой толстокишечной непроходимости выбор метода операции зависит от стадии заболевания, локализации опухоли и тяжести состояния пациента.

22. Операции при острой кишечной непроходимости могут быть выполнены с использованием эндовидеохирургических технологий.

23. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электрокоагуляцию (предпочтительны микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов.

ГЛАВА 5 ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

24. В послеоперационном периоде назначают:
базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% раствор хлорида натрия

и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;
сбалансированные полиионные растворы;
по медицинским показаниям: аминокислоты для внутривенного введения; жировые эмульсии; препараты плазмы крови, плазмозамещающие препараты, компоненты крови (альбумин, декстран, гидроксипроцеллоза, желатин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса);
анальгетики: наркотические, ненаркотические;
антибактериальная терапия:
цефалоспорины III - IV поколения (цефотаксим, цефоперазон, цефепим) в комбинации с метронидазолом, или комбинированные защищенные цефалоспорины (цефоперазон/сульбактам) в комбинации с метронидазолом, или фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин) в комбинации с метронидазолом, или карбапенемы (имипенем/циластатин, меропенем, эртапенем, дорипенем);
целенаправленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры, полученной при бактериологическом исследовании во время операции;
по медицинским показаниям – ванкомицин или линезолид, колистин;
при атонии желудочно-кишечного тракта назначается: неостигмин, перидуральная анестезия;
зондовое питание: в первые 24 - 48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лекарственного средства в течение 18 - 20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы);
дезинтоксикационная и симптоматическая терапия – по медицинским показаниям.