

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00196&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00196. Кишкова непрохідність, паралітичний ілеус та псевдообструкція

Автор: Jyrki Mäkelä
Редактор оригінального тексту: Jukka Pekka Jousimaa
Дата останнього оновлення: 2017-03-28

Основні положення

- Слід виявити та лікувати гостру механічну кишкову непрохідність невідкладно. Странгуляцію слід лікувати обов'язково в невідкладному порядку (див. також гострий живіт настанова 00185 [Гострий живіт у дорослих]).
- При паралітичному ілеусі слід розпочати консервативне лікування якомога швидше.
- Псевдообструкцію товстої кишки слід лікувати евакуацією повітря або за допомогою комбінації неостигміну з глікопіронієм.

Етіологія

Механічна непрохідність

- Злуковий процес, що виникає після операцій на органах черевної порожнини
- Пухлина шлунково-кишкового тракту (зокрема, колоректальний рак)
- Защемлена грижа
- Дивертикуліт

- Заворот кишечника
- Запальна стриктура (хвороба Крона, рецидивний дивертикуліт)
- Інвагінація
- Каловий завал (часто), безоар з продуктів харчування, жовчний камінь (рідко)
- При странгуляційному перекруті кишечника припиняється місцевий кровообіг

Паралітичний ілеус

- Операція, частковий параліч
 - На сьогодні метою є розпочати ентеральне харчування якомога швидше після операції.
- Тяжке системне захворювання (наприклад, інфекція, особливо септицемія)
- Тяжка травма
- Закрепи, що не реагують на лікування, у людей похилого віку можуть мати ознаки механічної непрохідності або паралітичного ілеусу.
- Можливі етіологічні фактори включають отруєння, неврологічні захворювання та порушення обміну речовин.

Псевдообструкція товстого кишечника (синдром Огілві)

- Виражена дилатація та переповнення газами (мегаколон) можуть бути пов'язані з будь-яким захворюванням, що впливає на загальний стан, хірургічним втручанням (особливо в ділянці серця та стегна) або лікарськими засобами, що пригнічують перистальтику кишечника. Немає септичних симптомів, що вказують на токсичний мегаколон.

Симптоми та ознаки

Механічна непрохідність

- Біль у животі має характер коліки і є спочатку нападopodobним.

- При странгуляції біль стає безперервним і наростає. Згодом загальний стан хворого погіршується і розвиваються симптоми подразнення очеревини. При розвитку повного ілеусу у пацієнта з'являється лихоманка, а рівень запальних маркерів крові зростає.
- Блювання є раннім симптомом при проксимальній обструкції, або пізнім симптомом чи взагалі відсутнє при обструкції ободової кишки.
- Здуття черевної порожнини є маркером обструкції ободової кишки.
- Під час коліки звуки перистальтики часті і високі.
- На пізній стадії ілеусу звуки перистальтики стають тихими.

Паралітичний ілеус

- Припинення випорожнення кишечника (відсутність дефекації або проходження повітря).
- Живіт стає роздутим.
- Відсутні звуки перистальтики.
- Іноді можна почути шум плескоту при постукуванні живота збоку, коли пацієнт лежить на спині.
- Біль відсутній або ж є помірним та розлитим, але це не коліки.

Псевдообструкція ободової кишки

- Здуття живота та відсутність випорожнень кишечника; біль лише легкий.
- Товстий кишечник по всій довжині роздутий, що видно на оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини, без ознак обструкції. Очевидно, що симптоми інфекції свідчать про токсичну дилатацію ободової кишки, яку зазвичай слід оперувати екстрено.

Обстеження

- Повторна часта аускультация кишкових тонів і пальпація живота (оцінюйте чутливість та шум плескоту).
- Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини пацієнту завжди слід проводити у вертикальному положенні або латеропозиції, якщо загальний стан пацієнта є тяжким.

- Наповнені повітрям, роздуті петлі кишківника або рівні рідини підтверджують діагноз і дають інформацію про рівень обструкції.
- Часто можна побачити на рентгенограмі великий об'єм ущільнених калових мас.
- Завжди слід шукати вільний газ в черевній порожнині (під діафрагмою, якщо знімок зроблено у вертикальному положенні). Виявлення вільного газу є показанням для невідкладної консультації хірурга.
- Провести аналіз на інфекційний процес (СРБ) при паралітичному ілеусі, якщо причина не є очевидною. Пам'ятайте про запальні процеси органів черевної порожнини (панкреатит, холецистит).
- Комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням, яку виконують в лікарні, допомагає диференціювати повну та часткову непрохідність, оцінити стан стінки кишечника та кровообігу. При подальшому обстеженні контраст Гастрографін[®] (діатризоєва кислота) стимулює перистальтику кишечника і може усунути часткову непрохідність.

Коментар експерта. Гастрографін - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою діатризоєва кислота.

Лікування

Вибір місця лікування

- За підозри на обтураційну або паралітичну кишкову непрохідність слід оглянути пацієнта під час першого візиту у відділенні екстреної допомоги, за винятком тяжких закрепів - їх можна лікувати у відділенні первинної медичної допомоги або в амбулаторній клініці.
- Пацієнти в задовільному загальному стані, що мають паралітичний ілеус або механічну обтураційну непрохідність легкого ступеня, можуть лікуватися в загальній лікарні, якщо етіологія відома (старий злуковий процес, закреп).
- Пацієнта з обтураційною непрохідністю, яка викликає біль, слід направити до хірургічного відділення. Особливо важливо розпізнати странгуляцію, яке може призвести до перфорації некротизованої кишки.

Інфузійна терапія

- Як механічний, так і паралітичний ілеус пов'язаний із затримкою рідини в кишківнику та (у важких випадках) черевній порожнині, що призводить до зневоднення та втрати солей.
 - Інфузія ізотонічного розчину; спочатку 2 000-4 000 мл, а потім орієнтуватися на периферичний кровообіг, об'єм сечі, ознаки дегідратації та рівні натрію і калію в сироватці крові.

Розвантаження кишечника

- Не давайте рідини або їжі перорально при паралітичному ілеусі до усунення обструкції або відновлення перистальтики кишечника та появи кишкових тонів.
- Назогастральний зонд слід встановлювати при проксимальній обструкції, але не обов'язково при паралітичному ілеусі, якщо у пацієнта немає блювання.
- Якщо живіт здутий, слід випорожнити кишечник і усунути газу за допомогою ректальної трубки.
- Якщо можливо, слід припинити використання препаратів, що зменшують перистальтику, таких як антихолінергічні препарати та опіоїди.
- Лікування псевдообструкції ободової кишки складається з декомпресії за допомогою ректальної трубки або, за необхідності, шляхом аспірації колоноскопом (або сигмоскопом).
- Може бути корисним 0,5-2 мл комбінованого препарату неостигмін + глікопіроній (містить 2,5 мг неостигміну та 0,5 мг глікопіронію на мілілітр). Брадикардію, викликану неостигміном, можна лікувати додатковою дозою глікопіронію або атропіну. Відповідно, тахікардію, викликану глікопіронієм, можна лікувати відповідною дозою неостигміну.
- Хірургічні втручання при псевдообструкції протипоказані.

Лікування основної причини

- При паралітичному ілеусі слід правильно лікувати основну причину, наприклад інфекцію.

- Показання для хірургічного лікування механічної непрохідності: странгуляція, защемлена грижа, перекрут, підозра на перфорацію кишечника, радіологічно підтверджена повна непрохідність, первинна хвороба, що потребує операції (наприклад, пухлина)

Настанови

- [Настанова 00185](#). Гострий живіт у дорослих.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00196 Ключ сортування: 008.081 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-03-28

Автор(и): Jyrki Mäkelä Редактор(и): Jukka Pekka Jousimaa Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Surgery Gastroenterology

Ключові слова індексу

mesh: Intestinal Obstruction mesh: Intestinal Pseudo-Obstruction mesh: Colonic Pseudo-Obstruction mesh: Ileus
mesh: mechanical ileus mesh: obstructive ileus mesh: Colic mesh: intubation, gastrointestinal mesh: rectal tube
mesh: Neostigmine mesh: Abdomen, Acute mesh: Dehydration mesh: Fluid Therapy mesh: Megacolon
mesh: Vomiting mesh: Constipation mesh: bowel sounds mesh: Abdominal Pain mesh: strangulation icpc-2: D99
speciality: Gastroenterology speciality: Surgery