


Острая механическая кишечная непроходимость: многогранность причин развития осложнения и клинических проявлений

А.Ю. Кузьменков, Д.В. Нарезкин

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

В статье представлен детальный анализ этиологических аспектов острой механической кишечной непроходимости. Рассмотрены часто встречаемые причины развития данного осложнения как тонкокишечной, так и толстокишечной локализации. Помимо основных этиологических факторов, уделено внимание и более редким аспектам, играющим важную роль в развитии осложнения. Отдельно проанализированы причины кишечной непроходимости опухолевой этиологии, структура данной патологии, а также взаимоотношающиеся факторы при её развитии. Кроме того, в статье представлены особенности клинической картины острой механической кишечной непроходимости. Уделено внимание развитию симптоматики осложнения на фоне злокачественных новообразований. По результатам проведенного анализа литературы сделано заключение об отсутствии классических паттернов и необходимости дальнейшего более прицельного изучения острой механической кишечной непроходимости.

Ключевые слова: острая механическая кишечная непроходимость, симптомы, этиология, злокачественные новообразования кишечника.

Актуальность проблемы

Острая механическая кишечная непроходимость является одной из наиболее часто встречающихся патологий в абдоминальной хирургии [22, 25]. Кроме того, по данным ряда авторов, это заболевание во всем мире является одной из основных причин высоких финансовых затрат в неотложной хирургии [13, 21, 22]. При этом данная патология требует своевременной точной диагностики, а также быстрой рациональной и эффективной терапии [6, 7, 9, 19, 27]. В сложившейся ситуации клиническая картина [6, 16, 26], наряду с этиологией обструкции [7, 11, 18, 21, 25, 35] и распространенностью странгуляции [4, 15, 33], варьирует, в то время как вопросы менеджмента данной группы пациентов остаются спорными [4, 19, 21, 22, 25, 39].

Этиологические аспекты кишечной непроходимости

Если касаться этиологии острой механической кишечной непроходимости, то спайки брюшной полости, ущемленные грыжи, рак толстого кишечника являются самыми частыми причинами кишечной обструкции [1, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 18, 20, 21, 24, 32, 34, 35, 40].

По данным Н. Markogiannakis et al. (2007), причинами тонкокишечной непроходимости являются спайки брюшной полости, ущемленные грыжи, рак толстого кишечника, новообразования тонкого кишечника, которые составляют 73,8, 18,5, 2,6 и 2,6 % соответственно. При этом ряд исследователей считают, что спайки брюшной полости являются причиной кишечной непроходимости в 32–74 % наблюдений, одновременно занимая лидирующие позиции среди причин непроходимости тонкого кишечника, что составляет 45–80 % случаев [4, 8, 10, 14, 18, 20–22, 24, 25, 27, 28, 32, 34]. Из анамнеза подавляющего большинства (65–90 %) пациентов заведомо известно о проведении ранее операций на органах брюшной полости [6, 8, 15, 18, 26, 32, 34, 39], причем среди данных операций преобладают гинекологические операции, аппендэктомии, холецистэктомии, операции по поводу колоректального рака [8, 15, 22, 34, 39].

В свою очередь, по данным Н. Markogiannakis et al. (2007), наиболее частыми причинами непроходимости толстого кишечника являлись: рак толстого кишечника, спайки брюшной полости, забрюшинные опухоли, грыжи, которые составляют 47,4, 36,3, 5,5 и 2,7 % соответственно. Ряд авторов отмечают, что рак толстого кишечника является причиной непроходимости в 40–90 % наблюдений [18, 19, 27, 40].



В сумме среди пациентов с тонкокишечной непроходимостью и непроходимостью толстого кишечника самыми частыми причинами обструкции являлись спайки брюшной полости, ущемленные грыжи, рак толстого кишечника, которые составляют 64,8, 14,8 и 13,4 % соответственно. При этом, по данным разных авторов, ущемленные грыжи составляют от 8 до 25 % всех случаев кишечной непроходимости [4, 10, 13, 18, 20, 24, 25, 32]. В то же время по результатам ряда исследовательских работ они являлись наиболее частой причиной кишечной непроходимости (30–55 %) [1, 7, 35, 40].

Среди редких причин кишечной непроходимости, о которых сообщается в доступных источниках литературы, выделяют болезнь Крона в 3–7 % наблюдений [4, 21, 24], желчные камни – в 2 % наблюдений [40], а также заворот кишечника [11, 18, 20, 24] и инвагинацию [14, 18, 24], которые составляют 4–15 % и 4–8 % среди клинических случаев острой кишечной непроходимости соответственно.

Отдельного внимания заслуживает рассмотрение кишечной непроходимости опухолевой этиологии. Наиболее частой причиной злокачественной кишечной непроходимости (ЗКН) являются следующие новообразования: рак ободочной кишки (25–40 %), рак яичника (16–29 %), рак желудка (6–19 %), рак поджелудочной железы (6–13 %), мочевого пузыря (3–10 %), рак эндометрия (3–11 %) [2, 5, 23, 29, 36, 37]. Среди экстраабдоминальных злокачественных новообразований наиболее часто вызывают рак молочной железы (2–3 %) и меланому (3 %) [29, 36].

Злокачественная кишечная непроходимость может возникнуть на любом этапе развития новообразования, однако наиболее часто она возникает в терминальной стадии опухолевого процесса. Обструкция может быть полной или частичной, а также одноуровневой или многоуровневой. Среди пациентов с терминальной стадией опухолевого процесса многоуровневая обструкция встречается в 80 % случаев, при этом частота встречаемости канцероматоза брюшины достигает 65 % [30, 31].

Стоит отметить, что при злокачественной кишечной непроходимости наблюдается многообразие взаимоотношающих факторов. Продолжающийся рост опухоли приводит к ЗКН за счет внешней компрессии кишечника, внутрипросветной обструкции, интрамуральной инфильтрации или обширной брыжеечной инфильтрации. Внутрипросветная обструкция может спровоцировать инвагинацию. Кроме того, инфильтрация кишечной стенки ухудшает локальную перистальтику, а инфильтрация нервных сплетений (в том числе солнечного сплетения) может вызвать серьезные нарушения перистальтики и тем самым спровоцировать ЗКН или усугубить ее течение [2, 3, 30, 31].

Также существуют факторы, которые могут способствовать возникновению ЗКН, но непосредственно не зависят от роста интраабдоминальной опухоли. Среди них выделяют паранеопластические нейропатии, хронические констипации, кишечную дисфункцию, вызванную опиоидами, почечную недостаточность, обезвоживание, мезентериальный тромбоз, спаечную болезнь, а также постлучевой фиброз [2, 3].

Особенности клинической картины

Кишечная непроходимость манифестирует широким спектром симптомов. Многие пациенты отмечают в предшествующий период эпизоды метеоризма, обстипации, изменение стула, нарастающие схваткообразные боли в животе. Рассматривая симптоматику пациентов с механической кишечной непроходимостью, мнения различных авторов в целом сходятся. Так, Cheadle et al. (1988) как самые частые признаки отмечал боли в животе у 92 %, рвоту у 82 %, раздражение брюшины у 64 %, вздутие живота у 59 % пациентов [6]. Ряд других авторов отмечают у пациентов с механической кишечной непроходимостью вздутие живота, рвоту желчью, нарушение отхождения стула, боль в животе [16]. Perea et al. (1987) проспективно изучили 100 клинических наблюдений спаечной кишечной непроходимости, при этом рвота наблюдалась у 77 %, схваткообразная боль в животе была отмечена у 68 %, вздутие живота – у 56 %, отсутствие отхождения газов и/или стула – у 52 %, постоянная боль присутствовала у 12 % пациентов [27]. Среди больных с заворотом сигмовидной кишки наиболее частым признаком отмечалось вздутие, выявленное у 79 % пациентов, боль в животе была отмечена у 58 % пациентов, обстипация – у 55 % [17]. Кроме того, в случае инвагинации боль в животе, тошнота, рвота, вздутие были самыми распространенными симптомами [41]. Следует отметить, что рвоту считают относительно поздним симптомом непроходимости толстого кишечника, однако если нет сочетанной непроходимости тонкого кишечника [29].

Отдельно рассмотрим известные данные о клиническом развитии злокачественной кишечной непроходимости. Так, её начало может быть подострым, что сопровождается появлением следующих симптомов: схваткообразная боль, вздутие живота, тошнота, рвота. В данном случае важным фактом является приходящий характер симптомов (субокклюзивный криз). По данным разных авторов, при развернутой клинической картине в случае ЗКН тошнота наблюдалась в 100 % наблюдений, рвота – в 87–100 %, боли спастического характера – в 72–80 % наблюдений, боль вследствие вздутия – в 56–90 % наблюдений, отсутствие отхождения стула и газов в предшествующие 72 часа – в 85–93 % наблюдений [2, 29, 36, 37]. В случае высокой ЗКН рвота интенсивная, возникает рано, рвотные массы представлены слизью, желчью, имеют слабый запах. При низкой ЗКН рвота возникает относительно поздно и представлена имеющей характерный вид и запах «каловой рвотой». В случае частичной кишечной непроходимости ввиду возникающего дисбаланса микрофлоры и гиперсекреции кишечника наблюдается отхождение жидкого стула. Схваткообразные боли обусловлены перистальтическими волнами и спазмом кишечника при существующей внутрипросветной гипертензии и отсутствии эффективного транзита кишечного содержимого. Вздутие и опухолевый инфильтрат являются причиной



постоянной боли [12, 29, 31]. В начале заболевания урчание в животе и бурная перистальтика выслушиваются при аускультации, в то время как при далеко зашедшей кишечной непроходимости перистальтика может отсутствовать или могут выслушиваться изолированные звуки металлического характера [29].

Заключение

На основании представленных выше данных можно сделать выводы, что актуальность проблемы острой механической кишечной непроходимости бесспорна, разнообразные причины развития её, многогранность клинических проявлений, отсутствие классических паттернов говорят о необходимости дальнейшего более прицельного изучения данного осложнения. Менеджмент данной группы пациентов требует тщательной оценки общего состояния, а также оценки состояния других органов и систем, в то время как лечебная стратегия должна быть адаптирована под конкретные условия [19, 38, 39]. Так, пациенты с кишечной непроходимостью, являющейся следствием ущемления грыжи передней брюшной стенки, а также больные с симптомами и признаками, указывающими на странгуляцию, требуют скорейшего оперативного вмешательства [4, 21, 25, 35]. В случае спаечной кишечной непроходимости, особенно среди пациентов с предшествующими манипуляциями в брюшной полости и сопутствующей патологией, зачастую более выгодно консервативное лечение [3, 4, 8, 10, 15, 21, 22, 25, 27, 34, 35].

Литература

1. Akçakaya A. Mechanical intestinal obstruction caused by abdominal wall hernias / Akçakaya A, Alimoğlu O., Hevenk T., Baş G., Sahin M. // *Ulus Travma Derg.* – 2000. – V. 6. – P. 260–265.
2. Arvieux C. Protocol for the treatment of malignant inoperable bowel obstruction: a prospective study of 80 cases at Grenoble University Hospital Center / Arvieux C., Laval G., Stefani L., Villard M.L., Mestrallet J.P., Cardin N. // *J Pain Symptom Manage.* – 2006. – V. 3 1(6). – P. 502–512.
3. Biondo S. Large bowel obstruction: predictive factors for postoperative mortality / Biondo S., Parés D., Frago R., Martí-Ragué J., Kreisler E., De Oca J., Jaurrieta E. // *Dis Colon Rectum.* – 2004. – V. 47. – P. 1889–1897.
4. Bizer L.S. Small bowel obstruction: the role of nonoperative treatment in simple intestinal obstruction and predictive criteria for strangulation obstruction / Bizer L.S., Liebling R.W., Delany H.M., Gliedman M.L. // *Surgery.* – 1981. – V. 89. – P. 407–413.
5. Blair S.L. Outcome of palliative operations for malignant bowel obstruction in patients with peritoneal carcinomatosis from nongynecological cancer / Blair S.L., Chu D.Z., Schwarz E. // *Ann Surg Oncol.* – 2001. – V. 8 (8). – P. 632–62.
6. Cheadle W.G. The importance of early diagnosis of small bowel obstruction / Cheadle W.G., Garr E.E., Richardson J.D. // *Am Surg.* – 1988. – V. 54. – P. 565–569.
7. Chiedozi L.C. Mechanical bowel obstruction. Review of 316 cases in Benin City / Chiedozi L.C., Aboh I.O., Pischerchia N.E. // *Am J Surg.* – 1980. – V. 139. – P. 389–393.
8. Cox M.R. The operative aetiology and types of adhesions causing small bowel obstruction / Cox M.R., Gunn I.F., Eastman M.C., Hunt R.F., Heinz A.W. // *Aust N Z J Surg.* – 1993. – V. 63. – P. 848–852.
9. Dite P. Intestinal obstruction and perforation – the role of the gastroenterologist / Dite P., Lata J., Novotný I. // *Dig Dis.* – 2003. – V. 21. – P. 63–67.
10. Foster N.M. Small bowel obstruction: a population-based appraisal / Foster N.M., McGory M.L., Zingmond D.S., Ko C.Y. // *J Am Coll Surg.* – 2006. – V. 203. – P. 170–176.
11. Gürleyik E. Small bowel volvulus: a common cause of mechanical intestinal obstruction in our region / Gürleyik E., Gürleyik G. // *Eur J Surg.* – 1998. – V. 164. – P. 51–55.
12. Helye L. Surgical Approaches to Malignant Bowel Obstruction / Helye L, Easson AM. // *J Support Oncol.* – 2008. V. 6(3). – P. 105–113.
13. Ihedioha U. Hernias are the most common cause of strangulation in patients presenting with small bowel obstruction / Ihedioha U., Alani A., Modak P., Chong P., O'Dwyer P.J. // *Hernia.* – 2006. – V. 10. – P. 338–340.
14. Kirshtein B. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction / Kirshtein B., Roy-Shapira A., Lantsberg L., Avinoach E., Mizrahi S. // *Surg Endosc.* – 2005. – V. 19. – P. 464–467.

Полный список литературы
см.: <http://logospress-med.ru/zvrach>

Acute mechanical intestinal obstruction: versatility of the reasons of development of complication and clinical manifestations

A.Yu. Kzmenkov, D.V. Narezkin
Smolensk State Medical Academy

The article presents a detailed analysis of the etiological aspects of acute mechanical intestinal obstruction. Common causes of development of this complication of both enteric, and colic localization are considered. In addition to the main etiological factors the article reviews more rare aspects, which playing an important role in complication development. The reasons of an intestinal obstruction of a tumoral etiology, structure of this pathology, and also the mutually burdening factors for its emergence are analyzed separately. Besides features of a clinical picture of a acute mechanical intestinal obstruction are presented in the article. Attention is paid to the development of symptoms of complications on the background of malignancies. Result of analysis of the literature concluded about the lack of classic patterns and the need to further study the impact more acute mechanical intestinal obstruction. As a result of analysis of the literature concluded about the lack of classic patterns and the need to further study the impact more acute mechanical intestinal obstruction.

Keywords: acute mechanical intestinal obstruction, symptoms, etiology, cancer of the intestine.