

Aprobat

Șef IMSP CS Edineț

Oleg Guțan



Instituția Medico-Sanitară Publică

Centrul de Sănătate Edineț

OCLUZIA INTESTINALĂ SUPERIOARĂ LA ADULT

Protocol clinic instituțional

(ediția II)

PCI – 334

Edineț 2024

INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE EDINEȚ

O R D I N

Nr. 88.

“ 30 ” 12 2024

*“Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.966 din 04.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
“Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II,
în cadrul IMSP CS Edineț”*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.966 din 04.12.2024 „Cu privire la aprobarea *Protocolului Clinic Național “Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II*, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Edineț.

O R D O N :

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Edineț Protocolul Clinic Național *“Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II.*
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național *“Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II*, în cadrul IMSP CS Edineț de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național *“Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II.*
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN *“Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II*, în cadrul IMSP CS Edineț.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Lilia Negrea.

Șef IMSP CS Edineț



Lutan

Oleg Guțan



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

04 decembrie 2024

ORDIN
mun. Chișinău

Nr. 966

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul de Medicină Urgentă, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza implementarea Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.885 din 11.07.2018 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

CUPRINS	2
SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PREFAȚĂ	7
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	7
<i>A.1. Diagnosticul</i>	7
<i>A.2. Codul bolii (CIM 10)</i>	7
<i>A.3. Utilizatorii</i>	8
<i>A.4. Obiectivele protocolului</i>	8
<i>A.5. Data elaborării protocolului</i>	8
<i>A.6. Data revizuirii protocolului</i>	8
<i>A.7. Data următoarei revizuirii</i>	8
<i>A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului</i>	9
<i>A.9. Definițiile folosite în document</i>	9
<i>A.10. Informația epidemiologică</i>	11
<i>A.11. Clase de recomandare și nivele de evidență</i>	12
B. PARTEA GENERALĂ	13
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	13
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	19
<i>C.2.3. Factorii de risc</i>	24
<i>C.2.4. Conduita pacientului cu ocluzia intestinală superioară</i>	25
<i>C.2.4.1. Considerațiile generale</i>	25
<i>C.2.4.2. Anamneza</i>	25
<i>C.2.4.3. Manifestările clinice</i>	26
<i>C.2.4.4. Examenul obiectiv</i>	27
<i>C.2.4.5. Semnele generale</i>	29
<i>C.2.4.6. Investigațiile paraclinice</i>	30
<i>C.2.4.7. Diagnosticul diferențial</i>	36
<i>C.2.4.8. Criteriile de spitalizare</i>	37
<i>C.2.4.9. Tratamentul</i>	38
<i>C.2.4.9.1. Tratamentul conservativ</i>	38
<i>C.2.6. Profilaxia</i>	52
<i>C.2.7. Supravegherea pacienților</i>	52
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	53
<i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i>	53
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	55
<i>Anexă 1. Ghidul pacientului cu ocluzia intestinală superioară</i>	56
<i>Anexă 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii în ocluzia intestinală superioară</i>	59

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- Ocluzia intestinală superioară (OIS) este un sindrom clinic în care tranzitul intestinal este întrerupt la nivelul intestinului subțire, cauzat de obicei de un obstacol mecanic sau altă cauză patologică. Ocluzia intestinală poate fi completă sau parțială, atunci când lumenul intestinal este îngustat, dar permite trecerea distală a unor cantități mici de lichide și gaze.
- OIS poate fi cauzată de o varietate de procese patologice, cea mai frecventă cauză fiind aderențele intraabdominale (reprezentând aproximativ 65-75% din cazuri), urmate de tumori maligne (20%), hernii strangulate (10%), boala Crohn (5%), și altele. Tendința globală constă în creștere treptată a incidenței OIS aderențiale, din cauza majorării frecvenței laparotomiilor.
- Simptomatologia ocluziei intestinale (OI) este variată, în raport de tipul ocluziei (parțială sau completă, simplă sau strangulată), nivelul ei, intervalul de timp trecut de la debutul bolii, precum și de starea premorbidă a bolnavului. Durerea (adesea descrisă ca fiind în crampe și intermitentă), grețuri și vomeele, constipația și distensia abdominală pot fi evidente în grad variabil. Totodată, febra și tahicardia reprezintă manifestări tardive și pot fi asociate cu strangulare.
- Anamneza poate evidenția factori de risc, utili pentru determinarea mecanismului și tipului de OI: suportarea unor operații în antecedente mai ales în caz de procesul malign ovarian sau gastrointestinal, anamneza de litiaza veziculară, boala Crohn, radioterapia anterioară, traumatisme suportate în antecedente sau recent, simptomatologia tumorii intestinale, prezența anomaliilor congenitale, medicamentele utilizate, și altele.
- Examenul fizic ar trebui să includă evaluarea semnelor de toxicitate sistemică, examinare abdominală amănunțită (distensia, peristaltismul și asimetria, sensibilitatea și rezistența musculară la palpare, timpanism, clapotaj și alte fenomene auscultative) și căutare a herniilor externe potențial strangulate.
- Teste de laborator trebuie efectuate cu scopul evaluării dereglărilor metabolice, acidozei sau leucocitozei. Aceste constatări pot sugera prezența ischemiei intestinale, deși specificitatea rezultatelor este scăzută. În prezent, nu există markeri serologici care pot prezice OIS necomplicată, limitând utilitate lor în luarea deciziilor curative.
- Examenul imagistic tradițional începe cu radiografie abdominală panoramică în ortostism pentru determinarea datelor confirmative ale OIS: prezența și extinderea anselor intestinale dilatate, nivelurile hidroerice, localizarea suspectată a cauzei (intestinul subțire sau colonul, porțiune proximală sau distală), semne de ischemie viscerală (pneumatoză), precum și perforație intestinului (aer liber subdiafragmal).
- Sensibilitatea totală a radiografiilor abdominale panoramice pentru detectarea OIS este de aproximativ 70% (de la 59% până la 93%), dar depinde de experiența radiologului și în multe cazuri este nedagnostică sau nespecifică. Cu toate acestea, examinarea radiologică simplă rămâne în prezent partea componentă obligatorie a

evaluării diagnostice inițiale datorită disponibilității sale pe scară largă, costului scăzut și capacității de a urmări evoluția bolii în dinamică.

- Examinările radiologice a intestinului subțire cu contrastare endoluminală sunt indicate atunci când rezultatele radiografiei panoramice sunt normale în pofida semnelor clinice de OIS, când date radiologice sunt nespecifice, sau în cazul când OI nu progresează sau nu se rezolvă după 48 de ore de tratament conservator. În calitate de material de contrast se utilizează suspensii de Barium sulphate solubili în apă; acestea din urmă sunt preferabile dacă există suspecție la necroza și perforație a intestinului.
- Scanarea CT a abdomenului și pelvisului poate oferi informații suplimentare la pacienții cu OI în comparație cu imagistica convențională pentru a diferenția gradul, severitatea, etiologia și localizarea ocluziei, ceea ce poate duce la modificări în tactica curativă. S-a demonstrat că sensibilitate a tomografiei computerizate de 92% și specificitate de 71% în cazul OIS, comparativ cu 75% și 53%, respectiv, pentru radiografia panoramică.
- Imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) este o alternativă potențială la tomografia computerizată, dar pot avea câteva limitări logistice (disponibilitatea RMN este mai scăzută în special noaptea, timpul de scanare mai îndelungat), precum și vizualizarea redusă a formațiunilor tumorale și inflamatorii ca cauză obstrucției.
- Totodată, în cazurile, când simptomatologia clinică și radiografiile panoramice sugerează categoric OI prin strangulare, examinările imagistice sofisticate (CT, RMN și chiar radiografie cu contrast) sunt inutile și pot împiedica resuscitării și transferului rapid al pacientului în sala de operație.
- Suspiciunea clinică și imagistică la OIS are o importanță crucială pentru diagnosticarea și intervenția chirurgicală precoce. În primul rând, OI mecanică trebuie diferențiată de cea dinamică, deoarece tratamentul este complet diferit. Principalele patru sarcini diagnostice sunt următoarele: (1) Identificarea corectă a pacienților cu OI mecanică, (2) Recunoașterea strangulării înainte de dezvoltarea ischemiei ireversibile a ansei intestinale, (3) Determinarea etiologiei obstrucției și (4) Aprecierea necesității în tratamentul chirurgical.
- Tratamentul inițial al pacienților cu OIS suspectată constă în reechilibrarea hidroelectrolitică agresivă, decompresia gastrointestinală, administrarea analgeziei și antiemeticele la necesitate, consultația și supravegherea chirurgicală, precum și monitorizarea cardiacă și pulmonară la pacienții vârstnici sau cei cu afecțiuni comorbide.
- Pacienții cu suspecție la strangulare intestinului trebuie supuși tratamentului chirurgical precoce, deoarece întârzierea este asociată cu o morbiditate și mortalitate crescute. Indicatorii clinici incluzând febra, leucocitoza, tahicardia, durerea persistentă, acidoza metabolică, peritonita și sindromul de răspuns inflamator sistemic permit identificarea corectă a ischemiei intestinale.

- Pacienții fără semne clinice sau radiologice de ischemie intestinală pot urma un tratament conservator inițial. Tratamentul non-operator definitiv este indicat pentru următoarele forme de ocluzie intestinală superioară: tumorile maligne cu carcinomatoza abdominală, Boala Crohn, enterita de iradiere, ocluzia intestinală postoperatorie precoce, boala aderențială. În astfel de cazuri, contrast peroral solubil în apă este recomandat atât în scopuri diagnostice, cât și terapeutice.
- Tratamentul non-operator poate fi prelungit până la 72 de ore în absența semnelor de strangulare sau peritonită, intervenția chirurgicală fiind recomandată după 72 de ore terapie conservativă fără efect și în lipsa rezolvării OIS.
- Tratamentul laparoscopic al OIS este o posibilă alternativă la laparotomie în cazuri selectate, și poate fi asociat cu morbiditate redusă și durată de spitalizare mai scurtă.
- Antibioticele cu spectru larg de acțiune (cu acoperirea organismelor gram-negative și anaerobelor) sunt uneori administrate cu scopul prevenirii translocării bacteriene în cadrul OIS; cu toate acestea, există doar date limitate care confirmă sau infirmă această practică.
- Factorii asociați cu decesul și complicațiile postoperatorii în cazul OIS includ vârsta, comorbidități și întârzierea tratamentului. Fără acordarea tratamentului respectiv, OI strangulată duce la deces în 100% dintre pacienți. Dacă intervenția chirurgicală se efectuează în intervalul de 36 ore după debut, rata mortalității scade până la 8%.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
ALT	Alaninaminotransferază
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistență medicală de urgență
ASA	Societatea Americană de Anesteziologie (<i>engl. American Society of Anesthesiologists</i>)
AST	Aspartataminotransferază
CT	Tomografia computerizată (<i>engl. Computed Tomography</i>)
DMU	Departamentul de Medicina Urgentă
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMS	Asistență medicală spitalicească
ECG	Electrocardiografia
FA	Fosfataza alcalină
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
IMU	Institutul de Medicină Urgentă
INR	Raportul internațional normalizat (<i>engl. International Normalized Ratio</i>)
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
OI	Ocluzia intestinală
OIS	Ocluzia intestinală superioară
O	Obligativ
PCN	Protocol Clinic Național
PVC	Presiunea venoasă centrală
PS	Puls
R	Recomandabil
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SaO ₂	Puls-oximetria
SCM	Spitalul Clinic Municipal
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic (<i>engl. Systemic Inflammatory Response Syndrome</i>)
TA	Tensiunea arterială
TPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
UPU	Unitate Primiri Urgențe
USG	Ecografia
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSC	Volumul sângelui circulant

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: **PCN-334 “Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II**, și Ordinul nr.429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Guțan Oleg – Șef IMSP CS Edineț;

Negrea Lilia – Șef adjunct pe probleme clinice;

Cara Cristina – Farmacist diriginte;

Lupu Angela – Medic de familie, Șef secție;

Grajdeanu Luminița– Medic de familie;

Gheciu Lidia – Medic de familie;

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului: Decembrie (Aprobat prin Ordinul directorului 88 din 30.12.2024)
în baza:

- **PCN-334 “Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II**, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.966 din 04.12.2024 Cu privire la aprobarea protocolului clinic național “Ocluzia intestinală superioară la adult”, ediția II,

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul: Ocluzie intestinală superioară (OIS)

Exemple de diagnostic clinic:

Ocluzie intestinală acută superioară prin strangulare;

Ocluzie intestinală acută superioară prin obturare;

Ileus biliar;

Ocluzie intestinală acută spastică;

Ocluzie intestinală acută paralytică;

Invaginația intestin subțire;

Volvulus (torsiunea) intestin subțire;

Ocluzie intestinală aderențială;

Carcinomatoza peritoneală cu ocluzie intestinală;

Boala Crohn cu ocluzie intestinală;

Hernie (înginală, femurală, ombilicală, etc) strangulată cu ocluzie intestinală.

A.2. Codul bolii (CIM 10):

K56 Ileus paralytic si obstructia intestinala fara hernie

Exclude:

stenoza sau strictura congenitala a intestinului (Q41-Q42)
strictura ischemica a intestinului (K55.1)
ileus meconial in fibroza chistica (E84.1†, P75*)
obstrucția intestinala neonatala clasificabila la P76.-
obstrucția duodenului (K31.5)
obstrucția intestinala postprocedurala (K91.3)
stenoza anusului sau rectului (K62.4)
cu hernie (K40-K46)

K56.0 Ileus paralytic

Paralizia:

- intestine
- colon
- intestin subțire

Exclude:

- ileus biliar (K56.3)
- ileus NOS (K56.7)
- ileus obstructiv NOS (K56.6)

K56.1 Invaginația

Invaginația:

- intestine
- colon
- intestin subțire
- rect

Exclude: invaginata apendicelui (K38.8)

K56.2 Volvulus

Strangularea colonului sau intestinului

Torsiunea colonului sau intestinului

Răsucirea colonului sau intestinului

K56.3 Ileus biliar

Obstrucția intestinului prin calculi biliari

K56.4 Alte obstrucții ale intestinului

Enterolit

Obstrucția:

- colon
- fecalom

K56.5 Aderente intestinale [bride] cu obstrucție

Aderente peritoneale [bride] cu obstrucție intestinala

K56.6 Alte obstrucții intestinale si nespecificate

Entero-stenoza

Ileus obstructiv NOS

Ocluzia colonului sau intestinului

Stenoza colonului sau intestinului

Scleroza colonului sau intestinului

K56.7 Ileus, nespecificat

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de AMUP

Notă: Protocolul, la necesitate, poate fi utilizat și de către alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului:

1. A facilita diagnosticarea precoce a ocluziei intestinale superioare (OIS).
2. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu OIS.
3. A reduce rata de complicații și de mortalitate prin OIS.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data revizuirii protocolului: 2024

A.7. Data următoarei revizuirii: 2029

A.8. Definițiile folosite în document

Ocluzia intestinală este un sindrom clinic, în care are loc oprirea tranzitului intestinal. Obstrucția intestinală poate fi completă, când lumenul intestinal este ocluzionat total, sau parțială, când lumenul este îngustat, dar permite pasajul distal a puținelor lichide și gaze. Prezintă o complicație evolutivă a numeroase patologii abdominale și este însoțită de tulburări funcționale și metabolice. Este întâlnit și sub denumirea de „ileus” (din greacă – *eileos* – răsucire).

Ocluzia intestinală superioară (înaltă, proximală), se definește, când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul intestinului subțire.

Ocluzia intestinală inferioară (joasă, distală), se definește, când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul colonului.

Ocluzia intestinală mecanică este caracterizată prin întreruperea tranzitului intestinal ca rezultat a unui obstacol mecanic. Ocluzia intestinală mecanică poate să se dezvoltă atât la nivelul intestinului subțire, cât și a colonului.

Ocluzie intestinală mecanică prin strangulare, caracterizată prin oprirea fluxului arterial și venos într-un segment intestinal (la nivelul vaselor mezoului sau ale peretelui intestinal). Ocluziile prin strangulare se întâlnesc mai frecvent pe intestinul subțire decât pe colon. Strangularea ca regulă indică obturarea completă, dar unele forme de ocluzie parțială pot fi, de asemenea, complicate de strangulare.

Ocluzie intestinală mecanică prin obturare este provocată de factorii, care constituie un obstacol mecanic pentru pasajul intestinal, fără tulburări ischemice în peretele intestinal.

Ocluzie intestinală mecanică de geneză mixtă, în care ischemia și obturarea lumenului intestinal se produce simultan. Pot fi provocate de următoarele situații: invaginația unui segment intestinal într-altul, procesul aderențial postoperatoriu, strangularea herniilor.

Ocluzia intestinală dinamică este cauzată de insuficiența neuromusculară și este frecvent asociată cu procesele inflamatorii în cavitatea peritoneală sau în retroperitoneu, hematom retroperitoneal, ischemie mezenterială, fracturi vertebrale sau costale, colici renale, dereglări metabolice. Important, că în acest tip de ocluzie intestinală lumenul intestinului

nu este compromis și rămâne permeabil. Ocluzia intestinală dinamică este frecvent denumită ca *ileus* în cazul localizării la nivelul intestinului subțire și pseudoocluzie – la nivelul intestinului gros. Spre deosebire de terminologia utilizată în chirurgie autohtonă, în literatura mondială aceasta formă de ocluzie este cunoscută sub numele de ileus adinamic, subliniind prin acesta pierderea peristaltismului intestinal ca cauza caracterului paralic al patologiei.

Pareza intestinală postoperatorie prezintă sindrom și noțiune clinică, în care se dereglează motilitatea intestinală, și care întotdeauna apare după procedeele chirurgicale abdominale și retroperitoneale majore. Acest ileus dinamic este temporar și de obicei trece timp de 3-4 zile.

Ocluzia intestinală cu ansa deschisă se definește când pasajul intestinal este blocat, dar rămâne posibilitatea de decompresiei intestinului în sens proximal prin antiperistaltism sau vome.

Ocluzia intestinală cu ansa închisă are loc atunci, când ambele anse intestinale sunt blocate (ca în volvulus), ceea ce rezultă în acumularea progresivă a gazului și lichidului în lumenul ansei afectate fără posibilitatea decompresiei, atât în direcție proximală cât și cea distală. Respectiv, într-un timp scurt presiunea intraluminală crește rapid peste valorile critice, cu dezvoltarea ischemiei și gangrenei ansei intestinale torsionate.

Volvulus este torsiunea ansei intestinale în jurul unui ax cu cel puțin la 180° , format de bride sau aderente infalmatorii, favorizata de anomalii de rotație sau de existența unui mezou lung.

Invaginație indică telescoparea segmentului cranial al intestinului în cel caudal, cu implicarea mezoului, ca urmare a unei hipeperistaltici intestinale, mai frecvent produsă la adulți din cauza polipilor și tumorilor, adenopatiei mezenterice sau bridelor postoperatorii. Se deosebesc trei tipuri de invaginație: entero-enterală, entero-colică și colo-colică. Cea mai frecventă este forma entero-colică (sau ileo-cecală), când ileonul distal telescopează în intestinul cec și colonul ascendent.

A.9. Informația epidemiologică

În țările industrializate, 15 din 100 spitalizări pentru dureri abdominale se datorează ocluziei intestinale (OI) la nivelul intestinului subțire. Ocluzia intestinală superioară (OIS) poate fi cauzată de o varietate de procese patologice. Cauza principală a OIS în țările dezvoltate este aderențele postoperatorii (65-75%), urmate de afecțiuni maligne, boala Crohn și herniile încarcerate. Intervențiile chirurgicale suportate în antecedente și asociate cu OIS sunt apendicectomia, operațiile colorectale și procedurile ginecologice și gastrointestinale superioare.

În contrast, OIS în țările în curs de dezvoltare este cauzată preponderent de hernie strangulată (30-40%), apoi de aderențe (aproximativ 30%) și de tuberculoză (aproximativ 10%), urmate de afecțiunile maligne, boala Crohn, volvulus și infecții parazitare.

Aderențe intra-abdominale ca consecința intervențiilor chirurgicale anterioare, preponderent la etajul inferior a abdomenului: proceduri ginecologice, apendicectomie, rezecție colorectală, reprezintă de la 60% până la 75% din cazuri de ocluzie la nivelul

intestinului subțire. Peste 300.000 de pacienți anual sunt supuși unei intervenții chirurgicale pentru a trata OIS cauzată de aderențe în Statele Unite. O analiză a tendințelor de 20 de ani între 1988 și 2007 nu a înregistrat nici o scădere a acestei rate.

Tumorile maligne reprezintă aproximativ 20% din cazurile de OI a intestinului subțire. Majoritatea acestor tumori sunt leziuni metastatice dintr-o tumoare primară intraabdominală, cum ar fi cancerul ovarian, pancreatic, gastric sau al colonului. Tumorile intraabdominale mari pot provoca, de asemenea, ocluzia intestinului subțire prin comprimarea extrinsecă a lumenului intestinal. Cancerul primar de colon, în special cel care provine din cec și colonul ascendent, poate rezulta în obturare a intestinului subțire. Tumori primare a intestinului subțire pot provoca ocluzie intestinală, dar sunt extrem de rare.

Herniile strangulate sunt a treia cauză principală de ocluzie intestinală și reprezintă aproximativ 10% din cazuri. De obicei, acestea reprezintă herniile ventrale, inghinale sau femurale. Herniile interne, în general legate de intervențiile chirurgicale abdominale anterioare, pot duce, de asemenea, la ocluzia intestinului subțire.

Boala Crohn este a patra după frecvența cauză a ocluziei intestinului subțire și reprezintă aproximativ 5%. Ocluzia poate rezulta din inflamația acută și edemul, și se poate rezolva printr-un management conservator. La pacienții cu boală Crohn de lungă durată se pot dezvolta stricturi cicatriciale, care necesită stricturoplastiile, anastomozele de ocolire sau rezecțiile segmentelor afectați.

O cauză importantă a OI la nivelul intestinului subțire, care nu este întotdeauna luată în considerare, este ocluzia asociată cu un abces intraabdominal, de obicei de origine apendiculară, diverticulită colonului sau dehiscenta unei anastomoze intestinale. Ocluzia poate apărea ca urmare a unui ileus localizat într-un segment al intestinului subțire adiacent abcesului.

Cauzele rare ale OI reprezintă de la 2% până la 3%, dar trebuie luate în considerare în diagnosticul diferențial. Printre acestea se numără invaginația intestinului, care, de obicei, este secundară unui proces patologic, cum ar fi un polip sau o tumoare, calculi biliari care pot intra în lumenul intestinal printr-o fistulă bilio-digestivă, enterolitele provenite de la diverticuli jejunali, corpi străini și bezoarii.

Morbiditatea și mortalitatea depind de diagnosticul precoce și corect al OIS. Fără acordarea tratamentului respectiv, OI strangulată duce la deces în 100% dintre pacienți. Dacă intervenția chirurgicală se efectuează în intervalul de 36 ore după debut, rata mortalității scade până la 8%. Rata mortalității este de 25% dacă operația este amânată peste mai mult de 36 de ore la acești pacienți.

Factorii asociați cu decesul și complicațiile postoperatorii includ vârsta, comorbidități și întârzierea tratamentului. Potrivit studiilor, morbiditatea și mortalitatea în cazul OIS au scăzut esențial din 1961 până în 1995; mortalitatea actuală raportată constituie aproximativ 5%.

A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență

Clasa I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acord unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice sau tratament	Este recomandat/este indicat
Clasa II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/ eficacitatea tratamentului sau procedurii	
Clasa IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru beneficiu/eficiență	Ar trebui luat în considerare
Clasa IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Ar putea fi luat în considerare
Clasa III	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim că tratamentul nu este util/eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	Recomandare slabă, sunt posibile aborduri alternative
Nivel de evidență A	Date provenite din mai multe studii clinice randomizate	
Nivel de evidență B	Date provenite dintr-un singur studiu clinic randomizat sau studiu clinic non-randomizat de amploare	
Nivel de evidență C	Consensul de opinie al experților și/sau studii mici, studii retrospective, registre	

B. PARTEA GENERALĂ

<i>Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)</i>		
Descriere	Motive	Pași
1. Profilaxia ocluziei intestinale superioare (OIS).	Profilaxia OIS prin tratament chirurgical programat al patologiilor, care pot provoca ocluzie intestinală.	Standard/Obligatoriu: - Profilaxia OIS (<i>caseta 11</i>). - Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului chirurgical programat obligatoriu, al patologiilor, care pot provoca ocluzie intestinală prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (<i>caseta 11</i>). - Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului chirurgical programat.
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de OIS.	Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permit suspectarea OIS.	Standard/Obligatoriu: - Evaluarea factorilor de risc (<i>caseta 1</i>). - Anamneza și acuzele (<i>caseta 2, 3, 4, 5</i>). - Examenul obiectiv (<i>caseta 6, 7</i>). - Radiografia abdominală panoramică (<i>caseta 8, tabelul 1</i>). - Examen de laborator (<i>caseta 8, tabelul 1</i>). - Diagnosticul diferențial (<i>caseta 9</i>). - Evaluarea stării generale a pacientului. La orice suspecție de OIS, testele paraclinice și imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.
3. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea.	Consultul medicului chirurg permite depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de OIS.	Standard/Obligatoriu: - Toți pacienții cu suspiciune la OIS necesită consultația chirurgului. - La suspecția OIS este indicată îndreptarea în regim de urgență în secție chirurgicală (<i>caseta 10</i>).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic preoperatoriu.	În cazul OIS tratamentul simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiții de ambulator nu se efectuează.	Standard/Obligatoriu: - Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar. - Criteriile de spitalizare (<i>caseta 10</i>).
5. Supravegherea.	Supraveghere după tratamentul operator, tratamentul conservativ	Standard/Obligatoriu: Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit.

	definitiv, după externarea domiciliu.	la	
--	---------------------------------------	----	--

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Factorii de risc.

Caseta 1. Factorii de risc de dezvoltare a OIS. (clasa de recomandare I)

Ocluzia intestinală este un sindrom plurietologic și pluripatogenic. Printre factorii predispozanți și determinanți se constată:

- Intervențiile chirurgicale suportate anterior.
- Prezența herniilor peretelui abdominal anterior (tipice sau incizionale).
- Particularitățile anatomo-patologice ale tractului digestiv (anomalii congenitale, aderențe, bride, malrotația intestinală).
- Tumorile benigne și maligne abdominale și retroperitoneale (existente sau operate anterior, mai ales tumorile ovariene și gastrointestinale).
- Vârsta – 65-70% din bolnavi non-pediatrici cu OI sunt în vârstă de peste 40 ani. Totodată, vârsta pacienților de peste 60 ani sugerează origine tumorală a ocluziei intestinale, mai frecvent localizate la nivelul colonului.
- Efortul fizic cu sporirea bruscă a presiunii intraabdominale. Această în măsură mai mare se referă la herniile strangulate, care de obicei se declanșează după un efort fizic – ridicarea unei greutăți sau schimbarea bruscă a poziției corpului.
- Factorul sezonier – OIS este întâlnită mult mai des în lunile de vară-toamnă, când crește încărcătura tractului digestiv.

C.2.2. Conduita pacientului cu ocluzia intestinală superioară.

Caseta 2. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu OIS.

- Culegerea anamnezei și acuzelor.
- Examinarea clinică.
- Examinarea paraclinică.
- Evaluarea riscului de complicații (consultația specialiștilor).
- Luarea deciziei referitor la conduita de tratament.
- Efectuarea tratamentului.
- Supravegherea activă.

C.2.2.1. Considerațiile generale.

Caseta 3. Considerațiile generale.

- Simptomatologia ocluziei intestinale este destul de variată, în raport de tipul ocluziei, nivelul ei, intervalul de timp trecut de la debutul bolii, precum și de starea premorbidă a bolnavului. Durerea, vomele, constipația și distensia abdominală pot fi evidente în grad variabil. (clasa de recomandare I)

- În general, OIS produce semne clinice mai evidente: tabloul clinic evoluează violent, durerile abdominale sunt severe, voma este persistentă, starea generală se agravează rapid și progresiv. *(clasa de recomandare IIa)*
- În OI la nivelul colonului semnele clinice evoluează lent, apare constipație, distensia abdominală masivă, dureri moderate, dar starea generală rămâne un timp oarecare nemodificată. *(clasa de recomandare IIa)*
- Este important și mecanismul apariției ileusului: când are loc o strangulare cu dezvoltarea rapidă a necrozei pe prim plan se situează durerea violentă, diureză redusă, febra, tahicardia și șocul. În ocluzie prin obturare durerile, voma, balonarea abdomenului sunt mai puțin pronunțate. *(clasa de recomandare IIa)*

C.2.2.2. Anamneza.

Caseta 4. Anamneza.

Anamneză trebuie culeasă minuțios, iar datele acumulate trebuie interpretate în contextul simptomatologiei prezente. *(clasa de recomandare I)*

- Anamneza pe lângă informație referitor la timpul debutului bolii, poate furniza date utile pentru determinarea mecanismului și tipului de OI: suportarea unor operații în antecedente mai ales în caz de procesul malign ovarian sau gastrointestinal, anamneza de litiază veziculară și colică biliară, medicamentele utilizate, radioterapia anterioară, traumatisme suportate în antecedente sau recent, simptomatologia tumorii intestinale, prezența anomaliilor congenitale, etc. *(clasa de recomandare IIa)*
- Ocluzia intestinală poate complica orice afecțiune abdominală. Astfel, prezența altui proces abdominal nu exclude ocluzia la nivelul intestinului subțire. *(clasa de recomandare IIa)*
- Majoritatea cazurilor de ocluzie intestinală au un debut treptat lent. Dar, ocluzia intestinală prin strangulare din start se asociază cu o simptomatologie foarte intensă. *(clasa de recomandare IIb)*

C.2.2.3. Manifestările clinice.

Caseta 5. Acuzele.

Acuzele principale în cazul OIS sunt: durerea abdominală, grețuri și vome, lipsa tranzitului intestinal și distensia abdominală. *(clasa de recomandare I)*

Durerea.

- Durerea abdominală este cel mai constant semn (100%) al ocluziei intestinale. *(clasa de recomandare I)*
- Durerea în ocluzie intestinală prin obturare este cauzată de distensia și hiperperistaltismul ansei supralezionale. În OI simple durerea are un caracter

spastic, colicativ, sub formă de crampe, ea survine în crize intermitente, urmate de perioade de acalmie. (*clasa de recomandare I*)

- Periodicitatea crampelor intestinale caracterizează nivelul ocluziei: la nivelul jejunului proximal crampele apar la 3-5 minute, la nivelul ileonului distal la un interval de 10-15 minute. (*clasa de recomandare IIb*)
- Din contra, în OI prin strangulare durerea este cauzată de ischemie, și ca urmare, este deosebit de intensă și continuă. Durerea violentă continuă, însoțită de paloare, transpirații reci și anxietate sugerează posibilitatea ocluziei prin strangulare, a ischemiei mezenterice și a ocluziei adinamice spastice. (*clasa de recomandare IIa*)
- Durerea surdă, continuă, cu distensie treptată, care durează ore sau zile, este observată în ocluzia funcțională paralică. (*clasa de recomandare IIb*)
- Durerea, generată din intestinul subțire, indiferent este aceasta o colică simplă sau un obstacol cu dezvoltarea ocluziei intestinale sau strangulării, întotdeauna este inițial localizată în epigastriu sau în regiunea periombilicală. În caz de ocluzie provocată de aderențe durerea inițial poate fi localizată în orice zonă a abdomenului. Durerea de la patologiile colonului inițial este localizată în hipogastriu sau corespunzător zonei afectate. Dureri cu localizarea difuză este caracteristică ocluziei adinamice. (*clasa de recomandare IIa*)
- Durerea localizată strict în regiunea inghinală poate apărea la o hernie inghinală sau femurală strangulată. (*clasa de recomandare I*)

Vomele.

- Vomele prezintă un semn mai puțin constant (60-80%), decât durerea și constituie al doilea semn caracteristic al OI superioare. (*clasa de recomandare I*)
- Vomele sunt precedate și însoțite de semne de stază intestinală, greață, sughiț și eructații. (*clasa de recomandare IIb*)
- Vomele ce apar după durere sunt precoce în OI înalte și prin strangulare (reflexe), apar mai tardiv în ocluziile joase, în ocluziile postoperatorii și cele paralitice. (*clasa de recomandare IIb*)
- Vomele sunt frecvente și abundente în ocluziile intestinale superioare, și mai puțin caracteristice – în cele inferioare. (*clasa de recomandare IIa*)
- În ocluzia intestinală caracterul maselor vomitive se modifică treptat. De la început vomele sunt cu conținut stomacal, apoi – bilioase. Cu progresarea OI masele vomitive devin verzui, cafenii, și în sfârșit „fecaloide”. Voma „fecaloidă” este caracteristică pentru ocluzia intestinală obstacolul fiind la nivelul intestinului subțire, și rar se întâlnește în OI cu obstacolul la nivelul intestinului gros. (*clasa de recomandare I*)
- Vomele sanguinolente sunt indicatorul de un pronostic deosebit de grav, sugerând o ocluzie prin strangulare. (*clasa de recomandare IIb*)

Lipsa emisiei de gaze și masele fecale.

- Întreruperea tranzitului intestinal – este un semn comun și definește sindromul al OI. Lipsa emisiei de gaze și fecale pe parcursul a câtorva zile este un semn grav în OI, în deosebi dacă se asociază cu dureri și balonarea abdomenului. *(clasa de recomandare IIb)*
- În OI superioare inițial poate avea loc eliminarea materiilor fecale și gazelor pe un anumit interval de timp de la debutul bolii, din segmentele intestinului situate mai jos de obstacol, fenomen care uneori poate prezenta o „capcană diagnostică”. *(clasa de recomandare IIa)*
- Absența tranzitului intestinal și defecației nu este întotdeauna evidentă și în fazele inițiale ale bolii și în ocluziile intestinale parțiale. *(clasa de recomandare IIa)*
- Totodată în perioada avansată a ocluziei intestinale superioare, acest semn este notat la 80-90% dintre pacienți. *(clasa de recomandare I)*

Distensia abdominală.

- Distensia abdominală în cazul ocluzia intestinală superioară este prezentă în aproximativ 60% din cazuri. *(clasa de recomandare IIa)*
- Distensia abdominală apare brusc în cazul OI mecanice, inițial se localizează periombilical și generalizează rapid. *(clasa de recomandare IIb)*
- În strangulările interne și volvulus intestinal distensia abdominală se produce brusc și din start este asimetrică. *(clasa de recomandare III)*
- Distensia abdominală gradată, progresivă, cu durată de ore sau zile, asociată cu crampe moderate după alimentație și pierdere ponderală, sugerează OI mecanică parțială, provocată de un proces cronic. *(clasa de recomandare III)*
- În ocluziile paralitice distensia abdominală de la început este generalizată. *(clasa de recomandare IIa)*

C.2.2.4. Examenul obiectiv.

Caseta 6. Examenul obiectiv.

Inspekția abdomenului evidențiază trei semne caracteristice importante: distensia, peristaltismul și asimetria. *(clasa de recomandare I)*

- Distensia abdominală poate fi localizată sau generalizată. Inițial meteorismul este localizat la nivelul sediului ocluziei și produce o asimetrie a abdomenului. *(clasa de recomandare IIb)*
- Mărirea asimetrică în dimensiuni a abdomenului se întâlnește în ocluzia intestinală, când ansa sau ansele intestinale balonate se conturează prin peretele abdominal și într-o tumoare de dimensiuni mare ce deformează conturul abdomenului. *(clasa de recomandare IIb)*

- Uneori se poate observa asimetria abdominală printr-o tumefiere mobilă (în cazul invaginației) sau fixă (masa neoplazică). *(clasa de recomandare IIa)*
- În ocluziile la nivelul duodenului sau jejunului superior distensia lipsește, abdomenul are aspect nemodificat. *(clasa de recomandare I)*
- Peristaltismul hiperactiv, când unda peristaltică este însoțită de accentuarea durerilor în crampă, prezintă unul din semnele cele mai importante ale OI. La început se poate observa cum unda peristaltică se propagă de-a lungul unei anse și se oprește într-un anumit punct, în sediul obstrucției (semnul König). *(clasa de recomandare III)*
- Este necesară inspecția minuțioasă a peretelui abdominal pentru depistarea cicatricelor postoperatorii vechi, care pot sugera ocluzie intestinală prin aderențe. *(clasa de recomandare I)*
- Este obligatoriu ca întotdeauna să fie examinate toate locurile herniare tipice, în deosebi regiunea canalului femural, unde la pacienții obezi este posibil de a nu observa o hernie femurală de dimensiuni mici. *(clasa de recomandare I)*
- Culoarea tegumentelor în majoritatea cazurilor de OI acută nu se modifică. Dar, cianoza adesea apare în ischemia acută mezenterială. *(clasa de recomandare IIa)*

Palparea.

- Abdomenul este balonat generalizat sau asimetric, fără contractură musculară. În majoritatea cazurilor este indolor, dar din cauza meteorismului accentuat se poate evidenția așa numita „rezistență elastică”. *(clasa de recomandare IIa)*
- Durerea generalizată poate avea loc în caz de OI mecanică sau de ocluzie paralică adinamică. *(clasa de recomandare IIb)*
- În caz de OI poate fi palpată ansa dilatată asupra locului obstrucției în forma unui corp elastic, imobil, cu timpanism înalt la percuție (semnul von Wahl). *(clasa de recomandare IIa)*
- Rezistența musculară poate fi determinată doar în cazul peritonitei locale în jurul ansei intestinale strangulate. *(clasa de recomandare IIa)*
- În lipsa strangulării contractura musculară abdominală în cazul OI este absentă. *(clasa de recomandare IIb)*
- Durerea (sensibilitatea) la palpare este importantă pentru determinarea locului obstrucției intestinale în caz de strangulare. Durerea localizată, contractura musculară și semnul Blumberg pozitiv sunt interpretate ca semne clinice ale OI prin strangulare. *(clasa de recomandare III)*
- Uneori poate fi palpabilă formațiunea tumorală, responsabilă de ocluzie intestinală, sau masa tumorală, mai mult sau mai puțin delimitată, caracteristică invaginației. *(clasa de recomandare IIa)*

Percuția abdomenului permite obținerea următoarelor date:

- Timpanism abdominal localizat sau generalizat. (*clasa de recomandare I*)
- Timpanism pronunțat deasupra locului (ansei proximale) proeminente (semnul Wahl). (*clasa de recomandare I*)
- Provocarea clapotajului în balonările localizate sau generalizate (semnul Sklearov), manifestarea palpatoare a imaginilor hidro-aerice. (*clasa de recomandare I*)
- Timpanismul juxtaombilical (semnul Langier) sugerează ocluzia mecanică (volvulus) al jejunu-ileonului. (*clasa de recomandare IIb*)
- Matitate deplasabilă pe flancuri, cauzată de prezența lichidului intraperitoneal în fazele avansate ale OI. (*clasa de recomandare III*)

Auscultația poate evidenția mai multe fenomene:

- Prezența hiperperistaltismului, care se aude uneori la depărtare (semnul Schlanghe), caracteristic pentru perioada inițială a OI. (*clasa de recomandare IIb*)
- „Garguimentele” produse de peristaltismul intestinal accentuat în fazele inițiale ale OIS simple prin obturare. (*clasa de recomandare IIa*)
- În ocluziile (stenozele) parțiale de intestin, după un peristaltism accentuat se pot asculta zgomotele sonore (borborisme) hidroaerice, provocate de trecerea lichidelor și gazelor intestinale prin zona de îngustare, urmate de scaun și eliminarea gazelor, după care fenomenele auscultative și durerea colicativă se liniștesc pentru o perioadă scurtă de timp, pentru a fi reluată după un timp (sindromul sau triada König). (*clasa de recomandare III*)
- Apoi, în faza terminală a OI cu necroza intestinului și peritonita generalizată peristaltismul lipsește, cu distingerea la auscultația murmurului respirator și a zgomotelor cardiace. (*clasa de recomandare III*)
- Poate fi determinat zgomotul picăturii în cădere (semnul lui Spasokukoțki), caracteristic pentru perioadele înaintate, când peristaltica lipsește. (*clasa de recomandare III*)

Tușeul rectal/vaginal este efectuat obligatoriu în toate cazurile de ocluzie intestinală și poate evidenția:

- Sângele sau eliminări sanguinolente, care sugerează OI prin strangulare sau tumora malignă. (*clasa de recomandare IIa*)
- Masa palpatoare, care poate sugera hernie obturatorie internă. (*clasa de recomandare IIb*)
- Un neoplasm sau o stenoză rectală, coproliții intestinali, tumori pelviene, tumora (cilindrul) de invaginație asociat cu eliminări sanguinolente. (*clasa de recomandare IIa*)

- În volvulusul sigmoidului vom depista ampula rectală goală și destinsă (semnul spitalului Obuhov). (*clasa de recomandare III*)
- Tușeul vaginal completează tușeul rectal și informează asupra unor afecțiuni genitale: fibroame uterine mari care dau compresii, tumori ovariene torsionate, etc. (*clasa de recomandare III*)

C.2.2.5. Semnele generale.

Caseta 7. Semnele generale. (*clasa de recomandare IIa*)

Semnele generale sunt în funcție de etiopatogenie OI și momentul examinării.

În faza de debut, în raport de tipul OI, bolnavul poate prezenta:

- Semnele clinice deshidratării: setea, uscăciunea tegumentelor și limbii, hipotonie arterială și tahicardie. (*clasa de recomandare I*)
- Anxietate, paloare, febră și frisoane, tahicardie, hipotensiune arterială ajungând chiar la șoc, în OI prin strangulare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Respirația frecventă și superficială – într-o OI asociată cu balonare abdominală excesivă. (*clasa de recomandare III*)
- Fără modificări deosebite în cazul OI tumorale (în special localizate la nivelul colonului). (*clasa de recomandare IIa*)

Odată cu evoluția OI și accentuarea vomelor, simptomele generale devin evidente și se agravează treptat:

- Tegumentele și mucoasele sunt uscate, iar facies este „tras”, cu ochii înfundați („față lui Hipocrate” sau „față abdominală”). (*clasa de recomandare IIIa*)
- Pulsul devine filiform, tensiunea arterială scade, respirația devine superficială și frecventă, iar starea generală se alterează rapid. (*clasa de recomandare IIa*)
- Din cauza deshidratării generale și severe apare oliguria, care se agravează spre anurie. (*clasa de recomandare I*)
- Bolnavul devine apatic, adinamic, cu hipotonie musculară. (*clasa de recomandare IIb*)
- Febra, exponent al infecției, necrozelor, deshidratării și a șocului toxico-septic, ajunge la 39-40° și este însoțită de frisoane, tahicardie >100 bătă/min, torpoare, somnolență, halucinații. (*clasa de recomandare IIb*)

C.2.2.6. Investigațiile paraclinice.

Caseta 8. Investigațiile paraclinice

Examenul de laborator.

- În ocluzia intestinală simplă, testele de laborator nu au o valoare diagnostică directă, dar sunt utile în evaluarea gradului severității acesteia, cum ar fi deshidratarea, strangularea și inflamația. *(clasa de recomandare I)*
- Rezultatele analizelor biochimice, de obicei, sunt normale sau ușor elevate. Rezultatele anormale la începutul bolii sunt în general datorate vomelor abundente și deshidratării. *(clasa de recomandare I)*
- Numărul leucocitelor din sânge poate fi crescut în asociere cu deviere formulei leucocitare spre stângă în OI simple sau strangulate. Hiperleucocitoza (peste $20.000 \times 10^9/l$) – indică strangulare sau ischemie mezenterială cu necroza intestinului. *(clasa de recomandare IIa)*
- Creșterea hematocritului este un indicator al micșorării volumului sângelui circulant (în cazul OI – al deshidratării). *(clasa de recomandare IIa)*
- Anemia poate sugera prezența unui neoplasm intestinal sau abdominal. *(clasa de recomandare IIb)*
- Niveluri de uree și creatinină pot fi crescute datorită deshidratării. *(clasa de recomandare IIb)*
- Hipoproteinemie, hipokalemie, hiponatriemie, hipocloremie, acidoză metabolică sunt tipice pentru OI avansată. *(clasa de recomandare IIa)*

Radiografia abdominală panoramică.

- Rolul examinărilor abdominale radiologice și imagistice constă în confirmarea diagnosticului de OIS, în localizarea locului obstrucției și oferirea informației referitor la origine leziunii responsabile de ocluzie. *(clasa de recomandare IIa)*
- Radiografia se efectuează ca regulă în poziția ortostatică a pacientului, sau în decubit lateral, când starea bolnavului este gravă, cauzată de șoc sau de comorbidități severe. *(clasa de recomandare I)*
- Semnele radiologice, care sugerează diagnosticul de ocluzie la nivelul intestinului subțire, reflectă acumularea aerului și lichidelor proximal de obstacol și golirea intestinului – distal. Astfel de semne includ vizualizarea anselor dilatate ale intestinului subțire și niveluri hidroaerice multiple (numite și „cuiburile de rândunică”, sau semnul lui Kloiber), localizate în diferite zone pe radiografia efectuată în poziția ortostatică a pacientului sau în decubit lateral. Dilatarea anselor intestinului subțire se consideră când ele au diametrul mai mare de 2,5 cm. *(clasa de recomandare I)*

- Radiografia panoramică are valoarea diagnostică mai înaltă în cazurile de OI simplă. Cu toate acestea, s-au raportat rata de ineficacitatea diagnostică a radiografiei abdominale panoramice în cazul OIS până la 30%.*(clasa de recomandare IIb)*
- Radiografia panoramică nu poate diferenția strangularea de OI simplă (prin obturare). *(clasa de recomandare IIa)*
- În cazul OI cu ansa închisă, ansa implicată poate conține doar lichid și foarte puțin aer. În astfel de situație ansa poate să nu fie vizibilă sau abia vizibilă ca o ansa santinelă dilatată minimal și care rămâne în poziția neschimbată la radiografiile abdominale panoramice realizate în diferite proiecții. Deoarece acești pacienți se adresează precoce după debutul simptomelor, ansele intestinale localizate proximal de ansa închisă nu vor avea timp să se umple cu aer, și niveluri hidroaerice lipsesc. *(clasa de recomandare IIa)*
- În ileusul biliar radiografia abdominală poate demonstra prezența calculului în lumenul intestinal, și aerocolia (prezența aerului în căile biliare) datorită fistulei colecisto-duodenale. *(clasa de recomandare IIa)*
- Vizualizarea aerului liber sub diafragma la un pacient cu simptomatologia ocluziei intestinale indică perforația ansei intestinale dilatate și necrotizate și reprezintă indicație către intervenția chirurgicală imediată. *(clasa de recomandare I)*

Examenul radiologic a intestinului subțire cu contrastare.

- Examinările radiologice cu contrastare endoluminală (urmărirea pasajului prin intestinul subțire, irigografia) pot stabili localizarea obstacolului și pot identifica etiologia patologiei în cauză. *(clasa de recomandare I)*
- Investigație este utilă atunci când rezultatele radiografiei panoramice sunt normale în pofida semnelor clinice de OIS, sau când date radiologice sunt nespecifice. *(clasa de recomandare I)*
- De asemenea examinarea intestinului subțire cu masa de contrast este indicată atunci, când OIS nu progresează sau nu se rezolvă, pentru a confirma prezența și localizarea obstacolului sau pentru excluderea patologiei chirurgicale acute. *(clasa de recomandare I)*
- În calitate de material de contrast se utilizează suspensii insolubile în apă de bariu (Barium sulphate) și solubili în apă, cum este Gastrografina. Radiografiile cu bariu furnizează cele mai clare și calitative imagini ale intestinului subțire. *(clasa de recomandare I)*
- Trebuie de menționat, că scurgere de bariu în peritoneu provoacă o peritonită intensă. Ca urmare, dacă există suspecție la necroza și perforație a intestinului, utilizarea bariului nu-i recomandată și trebuie evitată. *(clasa de recomandare III)*

- Mai mult ca atât, când se suspectă perforația ansei intestinale, examinările radiologice cu contrast sunt contraindicate, sau cel puțin – sunt nedorite. (*clasa de recomandare IIb*)
- Agenții solubili în apă sunt hiperosmotici și pot provoca translocarea lichidelor în intestin. În cazul, când ocluzia intestinului subțire este incompletă, acești agenți pot facilita rezolvarea non-operatorie a episodului acut. (*clasa de recomandare III*)
- Material de contrast poate fie administrat peroral sau prin sonda nazogastrică. Acest procedeu este cunoscut ca manevra sau proba Schwarz. Efectuându-se în dinamică radioscopia (grafia) a abdomenului urmărind minuțios migrația contrastului. S-a constatat că în mod normal peste 3-4 ore masa baritată trebuie să ajungă în cec. Dacă bariul se reține în intestinul subțire mai mult de 6-8 ore și rămâne nemișcat se poate suspecta un obstacol în segmentele superioare ai tractului digestiv. (*clasa de recomandare I*)

Tomografia computerizată abdominală.

- Tomografia computerizată (CT) abdominală față de radiografia convențională în cazul OIS are următoarele avantaje: arată nivelul obstrucției, indică severitatea și cauza obstrucției, mai ales dacă ultima este malignă. CT evidențiază de asemenea procesele inflamatorii și neoplazice din cavitatea peritoneală și retroperitoneală (de exemplu, metastaze, ascită). (*clasa de recomandare IIa*)
- Scanarea CT este utilă pentru diagnosticarea precoce a OI prin strangulare și pentru delimitarea numeroaselor alte cauze ale durerii abdominale acute, în special atunci când datele clinice și radiografice sunt neconcludente. (*clasa de recomandare I*)
- De asemenea, CT abdominală s-a dovedit utilă în diferențierea etiologiei OIS, adică divizarea cauzelor extrinseci (aderențele și hernia) de cauze intrinseci (neoplasmele și boala Crohn). În plus, scanarea CT diferențiază procesele enumerate mai sus de cauzele intraluminal, cum ar fi calcul biliar sau bezoar. (*clasa de recomandare IIa*)
- Scanarea CT este capabilă să diagnostică abcesele, procesul inflamator, patologia extraluminală și ischemia mezenterială care sunt cauze OI, și permite diferențiere între ileus paralic și ocluzia mecanică a intestinului subțire la pacienții postoperatori. (*clasa de recomandare I*)
- Scanarea CT este considerată metodă de elecție în diagnosticul ocluziei intestinale la pacienții care au febră, tahicardie, durere localizată și leucocitoză. (*clasa de recomandare IIa*)
- Metoda examinării prin CT nu necesită contrastare perorală pentru diagnosticul OIS, deoarece lichidul acumulat intraluminal servește ca agent de contrast natural. (*clasa de recomandare IIb*)
- Conform criteriilor stabilite, OI este prezentă în cazul, când ansa proximală de zonă obstrucției este dilatată mai mult de 2,5 cm în diametru, iar ansa distală este colabată

cu diametrul mai mic de 1 cm. Îngroșarea peretelui intestinal, prezența gazului venos portal sau pneumatoza parietală intestinală localizată indică strangularea. *(clasa de recomandare IIb)*

- Într-un studiu s-a raportat sensibilitate a tomografiei computerizate de 92% și specificitate de 71% în cazul OIS, comparativ cu 75% și 53%, respectiv, pentru radiografia panoramică. *(clasa de recomandare IIa)*
- Trebuie menționat, că în cazurile, când simptomatologia clinică este evidentă și sugerează OI prin strangulare, examinările imagistice sofisticate sunt inutile și pot împiedica resuscitării și transferului rapid în sala de operație. Astfel de investigații nu sunt neapărat utile și atunci când criteriile clinice și radiografiile abdominale panoramice simple indică prezența unei OI certe și complete. *(clasa de recomandare I)*

Rezonanța magnetică nucleară.

- Precizia diagnostică a rezonanței magnetice nucleare (RMN) se apropie de cea a scanării CT pentru determinarea obstacolelor la nivelul intestinului subțire. RMN este de asemenea destul de eficientă în definirea localizării și etiologiei OIS. *(clasa de recomandare IIb)*
- Totodată, RMN are mai multe limitări, inclusiv lipsa disponibilității (transportarea bolnavilor uneori este dificilă) și vizualizarea redusă a formațiunilor tumorale și inflamatorii. *(clasa de recomandare IIa)*

Enterografia prin tomografia computerizată.

- Utilizarea tehnologiilor de scanare CT pentru investigația intestinului subțire cu contrastare simultană endoluminală este de mare valoare pentru obținerea imaginii calitative. În țările occidentale această modalitate diagnostică treptat înlocuiește pasajul baritat în practica clinică. *(clasa de recomandare IIa)*
- Enterografia prin CT permite evaluarea întregii grosimii a peretelui intestinului, mezoului înconjurător și a peranefrului. *(clasa de recomandare I)*
- În plus, enterografia prin tomografie computerizată (CT) se consideră metoda de elecție în cazul OIS intermitente și în examinarea pacienților cu anamneza chirurgicală complicată (de exemplu, intervenții chirurgicale anterioare, tumori). *(clasa de recomandare IIa)*
- Enterografia prin CT este mai exactă decât scanarea CT convențională privitor la determinarea cauzei OIS (89% față de 50%), precum și la localizarea locului de ocluzie (100% față de 94%, respectiv). *(clasa de recomandare IIb)*
- Metoda este îndeosebi utilă la pacienții, care sunt tratați conservativ (non-operator). *(clasa de recomandare IIa)*

Ecografia cavității abdominale.

- Ultrasonografia (USG) cavității abdominale nu este metoda diagnostică specifică în ocluzie intestinală. *(clasa de recomandare IIa)*
- USG poate evidenția doar distensia anșelor intestinale în cazul OIS, fără a preciza diagnosticul cu certitudine. *(clasa de recomandare IIa)*
- În unele situații USG poate demonstra prezența unor tumori voluminoase sau calculi biliari migrați în intestin, ce pot obstrucționa lumenul intestinal. *(clasa de recomandare III)*
- Totodată, USG poate fi efectuată la patul bolnavului grav sau trebuie să fie următorul pas diagnostic în caz radiografie abdominală panoramică „normală” sau neinformativă. *(clasa de recomandare I)*
- Ultrasonografia este mai puțin costisitoare și mai accesibilă decât scanarea CT și, în lipsa anșelor intestinale dilatate, poate exclude OIS la 89% dintre pacienți; specificitatea este de 100%. *(clasa de recomandare IIb)*
- În unele situații USG a cavității abdominale reprezintă o modalitate imagistică alternativă la copii și la femeile însărcinate. *(clasa de recomandare III)*

Laparoscopia.

- Tradițional laparoscopia era considerată contraindicată în cazul ocluziei intestinale superioare. *(clasa de recomandare III)*
- Însă, din timpul apariției și implementării tehnicilor laparoscopice moderne pentru chirurgia generală abdominală, în mai multe studii s-a raportat fezabilitatea abordărilor laparoscopice în OI la nivelul intestinului subțire și colonului. Laparoscopia a fost utilizată pentru secționarea aderențelor, enterolitotomiei pentru ileusul biliar și fixarea segmentului intestinal torsionat. *(clasa de recomandare IIb)*
- Laparoscopia diagnostică și curativă poate fi utilizată în situațiile specifice ai OIS, cu utilizarea tehnicii deschise a plasării primului trocar (tehnica Hasson), și cu condiția prezenței echipamentului laparoscopic perfect și experienței respective ale chirurgului în intervențiile laparoscopice. *(clasa de recomandare I)*

Tabelul 1. Investigațiile paraclinice la pacienții cu ocluzie intestinală superioară. (clasa de recomandare IIa)

Investigațiile paraclinice	Semnele sugestive pentru OIS	Caracterul	
Numărătoarea leucocitelor.	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator sau necroza intestinului.	O	
Numărătoarea eritrocitelor, dozarea hemoglobinei, hematocritul.	Hemoconcentrația reflectă nivelul dereglărilor hidro-electrolitice în cazul deshidratării severe. Viceversa, anemia poate sugera prezența unui neoplasm.	O	

Analiza generală a urinei.	Denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.	O	
Dozarea amilazei pancreatice în serul sanguin și urină.	Permite diferențierea cu pancreatita acută. OIS poate fi asociat cu amilază serică crescută, dar nu la nivel foarte înalt, cum este în cazul pancreatitei.	O	
Determinarea grupului sangvin după sistemul ABO și după sistemul Rhesus.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și hemotransfuzie eventuală.	O	
Determinarea parametrilor biochimici (dozarea proteinei totale, ureei, creatininei, glucozei, AST, ALT, fosfatazei alcaline și bilirubinei totale și bilirubinei directe)	Evaluarea probelor hepatice pentru determinarea patologiilor concomitente cu afecțiune a ficatului. Creatinina și ureea crescute reflectă starea de deshidratare sau prezența sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS).	O	
Determinarea echilibrului acido-bazic.	Acidoza metabolică poate fi asociată cu OIS și reflectă SIRS. Se indică și cu scop de evaluare preoperatorie și determinarea volumului tratamentului medicamentos preoperator.		R
Determinarea natriului seric, kaliului seric, calciului, magneziului, clorului în serul sangvin.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și ca indicator a gradului de pierderi hidroelectrolitice ce necesită a fi restabilite atât preoperator cât și după intervenție chirurgicală.		R
Teste de coagulare: indexul protrombinic, raportul internațional normalizat (INR), fibrinogenul, timpul de tromboplastină parțial activă (TTPA)	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și modificarea / corijarea regimului de terapie antitrombotică (la necesitate).		R
Determinarea proteinei C-reactive.	Poate fi prezent un nivel crescut, mai ales în cazul procesului inflamator sau necrozei intestinale.		R

Determinarea acidului lactic în sânge.	Creșterea sugerează deshidratare sau hipoperfuzie tisulară.		R
Electrocardiografia în stare de repaos (ECG).	Pot fi schimbări în caz de patologie a sistemului cardiovascular.	O	
Radiografia panoramică a cavității abdominale în ortostatism.	Determinarea imaginilor hidroaerice („cuiburile de rândunică” sau semnul lui Kloiber). Aer în căile biliare (aerocolia) datorită fistulei colecistoduodenale, precum și prezența calculului în intestin în ileusul biliar.	O	
Radioscopia (grafia) descendentă a intestinului subțire cu contrast (proba Schwarz).	Efectuându-se în dinamică radioscopia (grafia) abdomenului, urmărind migrația contrastului. S-a constatat că peste 3-4 ore masa de contrast trebuie să fie în cec. Dacă bariul se reține în intestinul subțire mai mult de 6-8 ore putem suspecta un obstacol în segmentele superioare a tractului digestiv.		R
Tomografia computerizată abdominală.	Scanarea CT față de radiografia convențională are următoarele avantaje: arată nivelul obstrucției, indică severitatea și cauza obstrucției. CT evidențiază de asemenea procesele inflamatorii și neoplazice din cavitatea peritoneală și retroperitoneală. Scanarea CT este considerată metodă de elecție în diagnosticul ocluziei intestinale la pacienții care au febră, tahicardie, durere localizată și leucocitoză.		R
Rezonanța magnetică nucleară.	Permite diagnosticul formelor complicate ale OIS, diagnosticul diferențial cu alte patologii intraabdominale.		R
Enterografia prin CT.	Se consideră metoda de elecție în cazul OIS intermitente și în examinarea pacienților cu anamneza chirurgicală complicată (de exemplu, intervenții chirurgicale anterioare, tumori). Permite evaluarea întregii grosimii a peretelui intestinului, mezenterului înconjurător și a peranefrului.		R
Ecografia organelor abdominale.	Poate evidenția distensia anselor intestinale, fără a preciza diagnosticul cu certitudine. În unele situații USG poate demonstra prezența unor tumori voluminoase sau calculi biliari migrați în intestin, ce pot obstrucționa lumenul		R

	intestinal. Totodată, USG poate fi efectuată la patul bolnavului grav sau trebuie să fie următorul pas diagnostic în caz radiografie abdominală panoramică „normală” sau neinformativă.		
Laparoscopia diagnostică.	Tradițional laparoscopia era considerată contraindicată în cazul ocluziei intestinale superioare. Actualmente, laparoscopia diagnostică și curativă poate fi utilizată în situațiile specifice ai OIS, cu utilizarea tehnicii deschise a plasării primului trocar (tehnica Hasson), și cu condiția prezenței echipamentului laparoscopic perfect și experienței respective ale chirurgului în intervențiile laparoscopice.		R
Însămânțarea lichidului patologic din cavitatea peritoneală în timpul intervenției chirurgicale	Se indică cu scop de determinare a microorganismelor implicate și a sensibilității / rezistenței acestora la antibioticele disponibile.	O	

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.2.7. Diagnosticul diferențial.

Caseta 9. Diagnosticul diferențial. (clasa de recomandare IIb)

În procesul de diferențiere OIS se va ține cont de următoarele situații clinice:

- **Ileusul dinamic.** Cea mai dificilă problemă este diferențierea ocluziei intestinale mecanice de ileusul dinamic. Elementele de diagnostic, care pledează pentru ocluzia mecanică sunt: condițiile de apariție a ileusului, caracterul durerii, distensia abdominală, vome precoce, peristaltismului exagerat. Examenul radiologic depistează niveluri hidroaerice multiple. În ocluziile dinamice pacientul prezintă disconfort și balonare abdominală simetrică, peristaltismul fiind inefectiv. Radiografia arată distensie gazoasă generalizată a anșelor intestinului subțire și colonului. Trecere contrastului în colon exclude ocluzie mecanică la nivelul intestinului subțire.
- **Ocluzia intestinală inferioară.** Este necesar de colectat date anamnestice referitor la motorica intestinală, meteorismul, prezența constipației și semnelor asociate. Acuzele bolnavilor cu ocluzia intestinală inferioară pot fi similare cu cele de OIS și include următoarele: distensie abdominală, greață și vome, dureri abdominale intense. Alte simptome importante din punct de vedere diagnosticului diferențial includ: debutul rapid al simptomelor (sugerând un episod obstructiv acut),

constipația cronică, utilizarea laxativelor pe termen lung și greutate la defecație (sugestive pentru diverticulită sau carcinom), schimbări în calibrul maselor fecale (sugestiv pentru carcinom), dureri recurente în zona inferioară stânga a abdomenului de mai mulți ani (sugestive pentru diverticulită, strictura diverticulară sau probleme similare). Diagnosticul definitiv se stabilește pe baza evaluării clinice și examinărilor radiologice.

- **Dilatația acută gastrică, sindromul de compresie vasculară a duodenului** este o complicație care poate apare într-o multitudine de circumstanțe predispozante. Stomacul, enorm dilatat, ocupa o mare parte din cavitatea peritoneală. Cel mai frecvent apare în primele zile după intervenții chirurgicale practicate asupra tractului digestiv superior, dar apariția sa este notată și după intervenții extraabdominale, pe torace, membre, cai urinare etc. De asemenea poate apărea după traumatisme de orice fel, imobilizări rigide prelungite cu hiperextensie și accentuarea lordozei lombare. Este prezentă distensie gastrică și clapotaj epigastric, aspectul radiologic abdominal fiind normal.
- **Colecistita acută** poate induce distensia colonului sau a intestinului, cu meteorism, dar evoluează cu colică biliară, febră și uneori icter; iar semnele de ocluzie nu sunt evidente și dispar în cazul când tratamentul este efectiv. Importante pentru diagnosticul diferențial sunt examinările imagistice, care pot stabili diagnosticul cert.
- **Apendicita acută** poate evolua cu simptome de ileus paralytic și peritonită; în perioada de debut simptomele tipice sunt clare, iar în perioada de peritonită diferențierea deseori se face în timpul operației.
- **Pancreatita acută** debutează cu durere „în bară”, cu distensie abdominală, ileus paralytic, ansă „santină” la radiografia panoramică și nivelul amilazei crescut. Amilazemia și amilazuria foarte înalte fac uneori inutilă laparotomia de urgență. Caracteristicile distinctive ale pancreatitei acute sunt: starea general gravă a bolnavului deseori asociată cu disfuncție organică, durerea abdominală „în centură”, semnele Grey-Turner și Cullen, nivelul crescut al amilazei și lipazei în sânge și urina.
- **Ischemia mezenterică acută** evoluează cu durere abdominală intensă și cu stare de șoc, disproporționată de tabloul clinic obiectiv. Este prezentă o leucocitoză marcată. Iar în antecedente sunt prezente afecțiuni cardiace.
- **Peritonita prin perforație** are debut cu durere somatică intensă, cu semne de iritație peritoneală și pneumoperitoneu; în absența pneumoperitoneului diferențierea se realizează în timpul laparotomiei. În caz de diverticuloză și diverticulită a colonului irigoscopia și colonoscopia precizează diagnosticul.
- **Colica renală.** Deși sunt patologii cu manifestările clinice foarte diverse, comun poate fi asocierea parezei intestinale tranzitorii, doar că este un sindrom algic caracteristic cu durerea permanentă intensă cu localizare și iradiere specifice a durerii, care cedează la tratamentul medicamentos. Radiografia evidențiază

prezența calculului ureteral și lipsa datelor caracteristice ocluziei intestinale. Febră, fatigabilitatea, anorexia, grețuri și vomă de asemenea pot fi prezente. Ultrasonografia poate fi esențială în stabilirea diagnosticului.

- **Infarctul de miocard** poate induce ocluzia dinamică paralică, dar durerea este precordială. În asemenea situații electrocardiografia și testarea enzimelor cardiace sunt decisive.
- **Ascita acută**, instalată în timp scurt, ca urmare a unei decompensări hepato-portale, evoluează cu dureri abdominale, distensie rapidă, constipație și vome. Anamneză, depistările ecografice și puncția peritoneală precizează diagnosticul.
- **Patologia retroperitoneală** evoluează cu distensie abdominală, subocluzie, constipație, vome. Anamneza, examenul radiologic, ecografia poate stabili diagnosticul corect.
- **Cetoacidoza diabetică** este o complicație acută, majoră a diabetului zaharat, care prezintă pericol pentru viața și apare preponderent la pacienții cu diabet zaharat de tip 1, dar nu este neobișnuită și la unii pacienți cu diabet de tip 2. Această complicație reprezintă dezordonare metabolică complexă caracterizată prin hiperglicemie, cetoacidoză și cetonurie. Cele mai frecvente simptome precoce sunt polidipsia și poliuria. În plus se determină: slăbiciune generală și fatigabilitate, greață și vome, dureri abdominale difuze, anorexie, pierderea rapidă în greutate, anamneza nerespectării terapiei cu insulină, starea de conștiință modificată. Diferențierea sindromului obstructiv se face pe baza examinării clinice și imagistice.

C.2.2.8. Criteriile de spitalizare.

Caseta 10. Criteriile de spitalizare a pacienților cu OIS. (clasa de recomandare I)

- La suspjecția OIS (clinică și / sau imagistică) este indicată internarea în regim de urgență în secție chirurgicală, unde sunt asigurate condiții adecvate pentru asistența de urgență.

C.2.3. Profilaxia.

Caseta 10. Profilaxia

- Se recomandă tratamentul chirurgical programat a herniilor peretelui abdominal, colecistectomia, tratamentul chirurgical a tumorilor intraabdominale în dependență de caz. (*clasa de recomandare I*)
- Este recomandată o dietă echilibrată, bogată în fibre vegetale și apă. (*clasa de recomandare IIa*)
- Multe cazuri de ocluzie intestinală nu pot fi prevenite. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4. Supravegherea pacienților

Caseta 11. Supravegherea pacienților cu OIS.

Medicul de familie.

- Indică consultația chirurgului după o lună de la intervenție, apoi o dată la trei luni pe parcursul primului an și, ulterior, o dată pe an. (*clasa de recomandare IIb*)
- Indică analiza generală a sângelui și a urinei, ECG. (*clasa de recomandare IIb*)
- Indică consultația altor specialiști, după indicații:
 - Pentru tratamentul altor patologii concomitente;
 - Pentru sanarea focarelor de infecție. (*clasa de recomandare IIa*)

Chirurgul.

- Suturele de pe piele pot fi eradicat după 7-10 zile. Acest lucru poate fi efectuat de către medicul de familie sau de către chirurgul în timpul controlului ambulatoriu. Uneori se folosește suturile absorbabile, care nu necesită înlăturare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Efectuează tratamentul conservator al complicațiilor survenite postoperator în cazul pacienților operați (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie persistentă). (*clasa de recomandare I*)
- Scoate de la evidență pacientul tratat după restabilirea completă. (*clasa de recomandare IIa*)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PCN

<i>Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP</i>	Personal: • Medic de familie. • Asistent medical/asistentă medicală de familie. • Medic în laborator.
	Aparate, utilaj: • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare de urgență.
	Medicamente: • Spasmolitice (<i>Papaverinum, Drotaverinum</i>) • Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	A facilita diagnosticarea precoce a OIS.	Ponderea pacienților diagnosticați precoce (primele 24 ore de la debut) cu OIS pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți diagnosticați precoce cu OIS pe parcursul ultimului an x100 (%).	Numărul total de pacienți diagnosticați cu OIS pe parcursul ultimului an.
2	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu OIS.	Ponderea pacienților cu OIS care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ocluzia intestinală la adult</i> , pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu OIS care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din Protocolul Clinic Național <i>Ocluzia intestinală la adult</i> , pe parcursul unui an x100 (%).	Numărul total de pacienți cu OIS care au beneficiat de tratament chirurgical, pe parcursul unui an.
3	A reduce rata de complicații și de mortalitate prin OIS.	Ponderea pacienților cu OIS care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul unui an (%). Rata mortalității prin OIS pe parcursul unui an (%).	Numărul de pacienți cu OIS, care au dezvoltat complicații postoperatorii, pe parcursul ultimului an x 100. Numărul de pacienți decedați prin OIS pe parcursul ultimului an x 1000 (‰).	Numărul total de pacienți supuși tratamentului chirurgical pentru OIS, pe parcursul ultimului an. Numărul total de pacienți operați pentru OIS pe parcursul ultimului an.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația chirurg	IMSP SR Edineț	Cab.210, Cab.214
Investigații de laborator	IMSP CS Edineț	Laborator
Tratament staționar	IMSP SR Edineț	Cab.326

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației, consultației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactare telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere forma 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterea) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcerea, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică.

GHIDUL PACIENTULUI CU OCLUZIA INTESTINALĂ SUPERIOARĂ

CAUZELE ȘI COMPLICAȚIILE OCLUZIEI INTESTINALE

Ocluzia intestinală este obturarea totală sau parțială a unui segment al intestinului subțire sau gros. Intestinul transportă alimentele și în final resturile alimentare din stomac către intestinul rect, unde ele se elimină sub formă de scaun. Cauzele cele mai frecvente sunt aderențele peritoneale (țesut cicatricial), care se formează după intervențiile chirurgicale în cavitatea abdominală, herniile și tumorile apărute în intestin sau răspândite din alte regiuni ale corpului (cancer metastatic). Ocluzia blochează intestinul, încetinind tranzitul, sau stopează procesele digestive. Alimentele, gazele și sucurile digestive se acumulează mai sus de locul obturării deteriorând țesuturile. Blocajul poate împiedica intestinul să lucreze în regim obișnuit, ce va duce la complicații periculoase pentru viață. Lichidul, gazele și sucurile digestive, care se acumulează din cauza ocluziei, pot ridica presiunea în lumenul intestinului și provoca perforația acestuia. Prin acest defect conținutul nimerește în cavitatea abdominală liberă și rapid dezvoltă inflamația acesteia (peritonită) și periculoasă pentru viață infecția sângelui (sepsis). În caz de ocluzie intestinală timpul are o importanță primordială. Ocluzia intestinală este o stare urgentă cu un risc major de infecție și chiar deces, care necesită un ajutor medical imediat.

TIPURILE OCLUZIEI INTESTINALE

Lucrătorii medicali clasifică ocluzia intestinală în dependență de care segment al intestinului este afectat:

- Ocluzia intestinului subțire: majoritatea cazurilor de ocluzie intestinală, aproximativ 80%, se produc în intestinul subțire. Intestinul subțire se unește cu stomacul într-o parte și cu intestinul gros – în alta. Pe lângă tranzitul alimentelor și a apei în intestinul gros, intestinul subțire digeră alimentele și absoarbe apa și elementele nutritive.
- Ocluzia intestinului gros: colonul include în sine intestinul gros și rectul. Aici se prelungește procesul de asimilare ale elementelor nutritive inițiat în intestinul subțire. De asemenea colonul transformă alimentele și apa în deșeuri care sunt eliminate sub formă de scaun. Ocluzia intestinului gros reprezintă aproximativ 20% din toate ocluziile intestinale.

Ocluzia intestinală de asemenea poate fi:

- Totală: ocluzia completă a intestinului afectat.
- Parțială: ocluzia parțială sau îngustarea segmentului afectat.

RĂSPÎNDIREA OCLUZIEI INTESTINALE

Ocluzia intestinului subțire este o cauză frecventă de vizită în secție de chirurgie urgente. Ocluzia intestinului gros se întâlnește rar la populație în general, dar frecvent la pacienții cu cancer al colonului. Aproximativ 40% din pacienții cu cancer de colon sunt diagnosticați pe motivul apariției semnelor ocluziei intestinale.

SIMPTOMELE OCLUZIEI INTESTINULUI SUBȚIRE

Cel mai important semn care caracterizează ocluzia intestinului subțire este durerea acută în abdomen, care apare sub formă de unde scurte intermitente (sub formă de crampe). Cu timpul durerea poate deveni permanentă. Durerea, cel mai probabil, se va simți concentrată într-un loc. De asemenea pot fi prezente și altele din următoarele simptome:

- Greața și voma. În caz de ocluzie intestinală la nivel de intestin subțire voma este frecventă și abundentă cu modificare treptată a caracterului maselor vomitive de la bilioase transparente la întunecate cu miros specific, așa numită vomă „fecaloidă”.
- Balonare uniformă a abdomenului sau localizată.
- Constipație severă (în caz de ocluzie totală, pacienții nu sunt în stare să elimine gazele și defeca). Totuși dacă scaunul este prezent, acest fapt nu indică lipsa ocluziei intestinale, depinde de nivelul obstacolului și gradul acestuia (total sau parțial).
- Lipsa poftei de mâncare.
- Slăbiciune generală.
- Tahicardie, urina este întunecată, sete pronunțată și alte manifestări ale deshidratării.

Indiferent de specific, dacă sunt prezente spasme pronunțate în abdomen în comun cu balonarea abdomenului și vome, imediat adresați-vă după ajutor medical.

EXAMINĂRILE ȘI TESTELE DIAGNOSTICE ÎN CAZ DE OCLUZIE INTESTINALĂ

Deoarece ocluzia intestinală este o urgență medicală, diagnosticul se face de obicei rapid. Acesta poate fi efectuat simultan cu tratamentul, astfel încât să nu se piardă timp. Stabilirea diagnosticului poate include:

- Acuzele: medicul vă va întreba detaliat despre durerile în abdomen și alte simptome.
- Anamneza: medicul vă va întreba despre istoricul bolii, inclusiv dacă ați avut vreo intervenție chirurgicală la abdomen anterior.
- Examenul fizic: Medicul va efectua un examen fizic pentru a vă verifica pulsul, tensiunea arterială și frecvența respirației, va examina prezența balonării sau a unei hernii. Medicul poate utiliza stetoscopul pentru a asculta sunetele intestinului, care denotă prezența ocluziei.
- Măsurarea temperaturii corpului: temperatura ridicată poate indica la prezența infecției.
- Analiza sângelui: este necesar de efectuat analiza generală a sângelui și determinarea electroliților. Analiza sângelui ne permite să determinăm prezența infecției. Nivelul electroliților denotă gradul de deshidratare. Dacă acest fapt se confirmă va fi necesar imediat administrarea perfuziilor intravenoase.

Tehnicile imagistice medicale permit medicului să confirme ocluzia intestinală și prezența complicațiilor. Acestea includ:

- Radiografia abdomenului: permite determinarea prezenței ocluziei intestinale și locul obstrucției. De asemenea aerul liber în cavitatea abdominală denotă prezența necrozei intestinului sau a perforației.
- Radiografia cu contrast: dacă radiografia simplă nu răspunde la toate întrebările vi se propune să beți un pahar cu substanță de contrast și radiografia se repetă, uneori de mai multe ori. Ca regulă aceasta permite stabilirea finală a diagnosticului.

Metode suplimentare de diagnostic pot fi necesare, dacă medicii nu pot stabili cu certitudine prezența și cauza ocluziei intestinale. Aceste teste pot include:

- Tomografia computerizată: în unele cazuri va fi necesară tomografia pentru confirmarea diagnosticului și obținerea unei informații mai precise: unde se află obstrucția și care este cauza. Tomografia computerizată oferă imagini mai detaliate versus radiografia.
- Irigoscopia: radiografia intestinului gros. Medicul introduce un tub subțire în rect, prin acesta se administrează substanță de contrast paralel efectuându-se imagini radiologice.

Toate examinările menționate utilizează iradierea. Este posibil ca să fie necesar de utilizat o alternativă acestor examinări dacă acțiunea radiației, chiar și la un nivel sigur, prezintă un potențial risc. Femeilor gravide posibil să fie necesar de efectuat ultrasonografia sau rezonanța magnetică, care nu utilizează iradierea.

TRATAMENTUL OCLUZIEI INTESTINALE

Pacienții cu ocluzie intestinală au nevoie de tratament urgent în condiții de spital. Ocluzia completă necesită intervenție chirurgicală de urgență. Ocluzia intestinală parțială poate necesita măsuri pentru stabilizarea stării generale, după care urmează tratament conservativ sau intervenție chirurgicală. Totul depinde cât de gravă este obstrucția.

Tratamentul poate include:

- Perfuzie intravenoasă a soluțiilor și electroliților pentru redresarea deshidratării.
- Antimimetice pentru a preveni greața și voma.
- Preparate care micșorează spasmul și îmbunătățesc funcția intestinului.
- Preparate analgezice pentru ameliorarea stării generale a pacientului.
- Posibil să fie necesară instalarea unei sonde nazogastrale pentru aspirarea lichidului și gazelor, ce s-au acumulat superior de locul obturării. Sonda nazogastrală este un tub lung și subțire care este introdus prin nas și ajunge până în stomac sau intestin.
- Inițial este necesar de a exclude alimentația și băutul lichidelor, pentru a permite intestinului de a elimina blocajul și de a reveni la dimensiuni normale.

Dacă intestinul este blocat complet cel mai probabil veți avea nevoie de o intervenție chirurgicală de urgență. Operația este efectuată sub anestezie generală prin abord deschis (incizie mediană). În dependență de cauză chirurgul poate transecta aderențele sau înlătura tumoarea, care au dus la obstrucție. Uneori este indicată înlăturarea porțiunii necrotizate de intestin. Ca regulă după aceasta capetele intestinului se suturează între dânsule cu redarea aspectului normal. Cu toate acestea în unele cazuri capătul deschis al intestinului poate fi exteriorizat printr-o incizie mică a peretelui abdominal, numită stomă. O pungă specială va fi atașată la peretele abdominal pentru colectarea maselor fecale. Punga este necesar de a fi evacuată în fiecare zi. Aceasta este o măsură impusă pentru salvarea vieții, și peste o perioadă de timp, de obicei 3 luni, va fi necesară o intervenție chirurgicală repetată pentru restabilirea tractului gastrointestinal.

RECUPERAREA ȘI PERSPECTIVELE

- Ocluzia intestinală este o patologie care poate fi tratată dacă ne adresăm după ajutor medical urgent. Majoritatea pacienților se simt cu mult mai bine după tratament. Totul depinde de cauză și severitatea ocluziei intestinale.
- Recuperarea completă după tratamentul chirurgical pentru ocluzie intestinală poate dura de la câteva săptămâni până la câteva luni.
- Dacă ocluzia intestinală se soldează cu necroza intestinului, această stare poate duce la deces, iar recuperarea după intervenție chirurgicală poate fi de durată.
- Vizitați regulat medicul pentru controlul stării de sănătate și a factorilor de risc.
- Urmați strict recomandările medicului și regulat administrați medicamentele care vă sunt prescrise.
- Respectați recomandările medicale ce vizează dieta alimentară, nu fumați și limitați utilizarea alcoolului.

PROFILAXIA ȘI RECOMANDĂRI

- Persoanele, care au suportat în antecedente o intervenție chirurgicală abdominală, ar trebui să urmeze o dietă sănătoasă, care poate preveni constipațiile și asigura o digestie adecvată.
- Dacă ați observat simptome caracteristice ocluziei intestinale, acționați rapid și imediat - adresați-vă după ajutor medical. Mulți oameni așteaptă durerea repetată crezând că adresarea la medic este inutilă. Dar atunci când este vorba de ocluzie intestinală ezitarea nu este cea mai bună opțiune. Luați în serios durerile abdominale, mai ales dacă ați suportat o intervenție chirurgicală anterioară, sau dacă aveți o afecțiune care crește riscul, ca exemplu hernie sau patologie oncologică. Ocluzia intestinală este o maladie, care poate fi tratată dacă vă adresați la timp după ajutor medical. Nu întârziați.

FIȘA STANDARDIZATĂ
pentru auditul medical bazat pe criterii în ocluzia intestinală superioară

DATE GENERALE COLECTATE PENTRU IMA			
1	Numărul fișei pacientului		
2	Data nașterii pacientului	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
3	Sexul pacientului	1	Bărbat
		2	Femeie
4	Mediul de reședință	1	Urban
		2	Rural
		9	Nu se cunoaște
INTERNARE			
5	Data debutului simptomelor	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
6	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
		9	Nu se cunoaște
7	Data adresării primare după ajutor medical	ZZ/LL/AAAA sau 9 = nu se cunoaște	
8	Timpul adresării primare după ajutor medical	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
9	Data sosirii la spital	ZZ/LL/AAAA	
10	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
11	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
12	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			
13	Prezența litiazei biliare	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
14	Prezența patologiilor asociate	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
PREGĂTIRE PREOPERATORIE			
15	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu
		2	Da
16	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ			
17		1	Nu

	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	2	Da	
18	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
19	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
20	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
21	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
22	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
23	Tipul anesteziei	Generală		
	EXTERNARE ȘI TRATAMENT			
24	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
25	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
26	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
27	Deces în spital	1	Nu	
		2	Din cauzele atribuite OIS	
		3	Deces survenit ca urmare a patologiilor asociate	
		4	Alte cauze neatribuite OIS	
		9	Nu se cunoaște	