



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Ocluzia intestinală superioară la adult

Protocol clinic național

PCN-334

Chișinău, 2018

Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova din 20.06.2018, proces verbal nr.3
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.885 din 11.07.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Ocluzia intestinală superioară la adult”

Elaborat de colectivul de autori:

<i>Eugen Guțu</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
<i>Vasile Guzun</i>	Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal nr.1
<i>Serghei Guțu</i>	Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal nr.1

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Catedră Farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadii Curocichin	Catedra Medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Gheorghe Ciobanu	Catedra Urgențe medicale USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră Medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Elena Palanciuc	Agenția Națională pentru Sănătate Publică
Iurie Osoianu	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCTIVĂ	5
A.1. Diagnosticul	5
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	6
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	6
A.6. Data următoarei revizuirii	6
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	6
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Informația epidemiologică	8
A.10. Clase de recomandare și nivele de evidență	9
B. PARTEA GENERALĂ	9
B.1. Nivel de asistență medicală primară	11
B.2. Nivel de asistență medicală de urgență	13
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator	14
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească	15
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	17
C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu OIS în staționar	17
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	18
C.2.1. Clasificarea	18
C.2.1.1. <i>Clasificarea în funcție de nivelul ocluziei</i>	18
C.2.1.2. <i>Clasificarea după origine</i>	18
C.2.1.3. <i>Clasificarea în funcție de mecanismul fiziopatologic provocator</i>	18
C.2.1.4. <i>Clasificarea anatomo-etiolologică a ocluziei intestinale mecanice</i>	19
C.2.1.5. <i>Clasificarea anatomo-fiziopatologică</i>	21
C.2.2. Etiopatogenia, fiziopatologia, patomorfologia și bacteriologia ocluziei intestinale superioare	21
C.2.2.1. <i>Etiopatogenia</i>	21
C.2.2.2. <i>Fiziopatologia</i>	22
C.2.2.3. <i>Bacteriologia</i>	24
C.2.3. Factorii de risc	24
C.2.4. Conduita pacientului cu ocluzia intestinală superioară	25
C.2.4.1. <i>Considerațiile generale</i>	25
C.2.4.2. <i>Anamneza</i>	25
C.2.4.3. <i>Manifestările clinice</i>	26
C.2.4.4. <i>Examenul obiectiv</i>	28
C.2.4.5. <i>Semnele generale</i>	30
C.2.4.6. <i>Investigațiile paraclinice</i>	31
C.2.4.7. <i>Diagnosticul diferențial</i>	35
C.2.4.8. <i>Criteriile de spitalizare</i>	36
C.2.4.9. <i>Tratamentul</i>	36
C.2.4.9.1. <i>Tratamentul conservativ</i>	36
C.2.4.9.1.1. <i>Considerații generale</i>	37
C.2.4.9.1.2. <i>Reechilibrarea hidroelectrolitică</i>	37
C.2.4.9.1.3. <i>Decompresia tractului gastrointestinal</i>	38
C.2.4.9.1.4. <i>Utilizarea antibioticelor în ocluzia intestinală superioară</i>	38
C.2.4.9.1.5. <i>Tratamentul non-operator definitiv</i>	39

C.2.4.9.1.6. <i>Tratamentul conservativ paliativ la pacienții terminali inoperabili</i>	39
C.2.4.9.2. <i>Tratamentul chirurgical</i>	40
C.2.4.9.2.1. <i>Timpul efectuării tratamentului chirurgical</i>	40
C.2.4.9.2.2. <i>Procedeeul chirurgical</i>	40
C.2.4.9.2.3. <i>Evaluarea viabilității ansei intestinale</i>	41
C.2.4.9.2.4. <i>Tactica chirurgicală în cazul necrozei ansei intestinale</i>	41
C.2.4.9.2.5. <i>Adezioliza laparoscopică</i>	42
C.2.4.9.3. <i>Forme specifice ai ocluziei intestinale</i>	42
C.2.4.9.3.1. <i>Ocluzia intestinală aderențială</i>	42
C.2.4.9.3.2. <i>Hernia strangulată</i>	42
C.2.4.9.3.3. <i>Ileusul biliar</i>	43
C.2.4.9.3.4. <i>Invaginația</i>	44
C.2.4.9.3.5. <i>Boala Crohn</i>	45
C.2.4.9.3.6. <i>Ocluzia intestinală malignă</i>	46
C.2.4.9.3.7. <i>Enterita de iradiere</i>	46
C.2.4.9.4. <i>Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a ocluziei intestinale</i>	47
C.2.4.9.5. <i>Etapa postoperatorie</i>	48
C.2.5. Prognosticul	48
C.2.6. Profilaxia	49
C.2.7. Supravegherea pacienților	49
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	50
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	50
D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de asistență medicală de urgență	51
D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	52
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale, republicane	53
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	53
Anexă. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru OIS	55
BIBLIOGRAFIE	56

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AINS	Antiinflamatorii non-steroidiene
ALT	Alanin aminotransferază
AMP	Asistență medicală primară
AMU	Asistența medicală de urgență
ASA	Societatea Americană de Anesteziologie
AST	Aspartat aminotransferază
Cl	Clor
CT	Tomografia computerizată
ECG	Electrocardiografie
FA	Fosfataza alcalină
IMSP	Instituția medico-sanitară publică
K	Potasiu
MSMșiPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
Na	Sodiu
OI	Ocluzia intestinală

OIS	Ocluzia intestinală superioară
O	Obligatoriu
PCN	Protocol Clinic Național
PVC	Presiunea venoasă centrală
PS	Puls
R	Recomandabil
RM	Republica Moldova
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
SaO2	Puls-oximetria
SCM nr.1	Spitalul Clinic Municipal nr.1
SIRS	Sindromul de răspuns inflamator sistemic
TA	Tensiunea arterială
USG	Ultrasonografia
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VSC	Volumul sângelui circulant

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova (MSMșiPS RM), constituit din specialiștii Catedrei Chirurgie Generală și Semiologie a USMF „Nicolae Testemițanu” și ai Spitalului Clinic Municipal nr.1 din Chișinău.

Protocolul clinic național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind ocluzia intestinală superioară la adulți și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor clinice instituționale. La recomandarea MSMșiPS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în Protocolul Clinic Național.

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 paralică;

Invaginația intestin subțire;

Volvulus (torsionea) intestin subțire;

Ocluzie intestinală aderențială;

Carcinomatoza peritoneală cu ocluzie intestinală;

Boala Crohn cu ocluzie intestinală;

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

A.2. Codul bolii (CIM 10):

K56 Ileus paralic 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 paralitic

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 intestinală

K56.6 Alte obstrucții intestinale și 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:

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie).
- Asistența medicală urgentă (AMU).
- Centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie).
- Secțiile consultative raionale și municipale (chirurghi, asistente medicale).
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, chirurghi, asistente medicale).
- Secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (chirurghi, medici anesteziologi-reanimatologii, medici rezidenți, asistente medicale).

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

A.4. Scopurile 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.



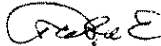





A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data următoarei revizuirii: 2020

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Eugen Guțu	d.h.ș.m., profesor universitar Șef Catedră Chirurgie generală și semiologie nr.3, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vasile Guzun	d.ș.m., Șef bloc operator chirurgical-ginecologic, IMSP SCM nr. 1
Serghei Guțu	Medic-chirurg, IMSP SCM nr.1

Protocolul a fost discutat și aprobat de:

Denumirea	Persoana responsabilă – semnătura
Catedra Chirurgie Generală și Semiologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	
Seminarului științific de profil, specialitatea Chirurgie	
Asociația chirurgilor “N. Anestiadi” din RM	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al MS RM	
Agenția Națională pentru Sănătate Publică	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

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 paralytic 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 infalatorii, favorizată 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 hiperperistaltici 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 proceduri 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 rezultă 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 stricturoplastii, anastomozele de ocolire sau rezecțiile segmentelor afectate.

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 dehiscența unei anastomozes intestinale. Ocluzia poate apărea ca urmare a unui ileus localizat într-un segment al intestinului subțire adiacent abcesului.

Cauzele rare ale ocluziei intestinale 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 OI. 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 OI 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 abordări 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

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie și asistentele medicilor de familie)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Screening-ul ocluziei intestinale superioare (OIS). C.2.6.	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia OIS prin tratament chirurgical programat al patologiilor, care pot provoca ocluzie intestinală. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Screening-ul OIS (caseta 35). • Consiliere cu referire la necesitatea tratamentului chirurgical programat obligatoriu, al patologiilor, care pot provoca ocluzie intestinală prin aducerea la cunoștință a complicațiilor posibile (caseta 35). • Reevaluare o dată la 6 luni cu recomandarea tratamentului chirurgical programat (caseta 35).
2. Diagnosticul. 2.1. Suspectarea diagnosticului de OIS. C.2.3.- C.2.4.7.	<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea OIS. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). • Anamneza și acuzele (caseta 5, 6, 7, 8). • Examenul obiectiv (caseta 9, 10). • Radiografia abdominală panoramică (caseta 11, tabelul 1). • Examen de laborator (caseta 11, tabelul 1). • Diagnosticul diferențial (caseta 12). • Evaluarea stării generale. <p>La suspjecție de ocluzie intestinală superioară, testele paraclinice și imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.</p>
3. Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizarea. C.2.4.8.	<ul style="list-style-type: none"> • Consultul medicului chirurg permite depistarea altor patologii și confirmarea diagnosticului de OIS. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toți pacienții cu suspiciune la OIS necesită consultația chirurgului. • La suspjecția OIS este indicată îndreptarea în regim de urgență în secție chirurgicală (caseta 13).
4. Tratamentul. 4.1. Tratament simptomatic preoperatoriu. C.2.4.9.1.	<ul style="list-style-type: none"> • În cazul OIS tratamentul simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiții de ambulator nu se efectuează. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar (caseta 13).
5. Supravegherea. C.2.7.	<ul style="list-style-type: none"> • Supraveghere după tratamentul operator, tratamentul conservativ definitiv, după externarea la domiciliu. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispensarizarea se va face în colaborare cu chirurgul, conform planului întocmit (caseta 37).

B.2. Nivel de asistență medicală de urgență (medici de urgență și asistenți/felceri de urgență)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul OIS. 1.1 Suspectarea și confirmarea diagnosticului de OIS. C.2.3.- C.2.4.7.	<ul style="list-style-type: none">• Anamneza și examenul obiectiv permite suspectarea ocluziei intestinale superioare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Evaluarea factorilor de risc (caseta 4).• Anamneza și acuzele (caseta 5, 6, 7, 8).• Examenul obiectiv (caseta 9, 10).• Diagnosticul diferențial (caseta 12)• Evaluarea stării generale. În caz de suspjecție de OIS este obligatorie transportarea pacientului în Instituție medicală cu posibilități de acordare a asistenței medicale specializate chirurgicale (caseta 13).
2. Decizia: Spitalizarea și consultația chirurgului în IMSP, care recepționează urgențele chirurgicale. C.2.4.8.	<ul style="list-style-type: none">• Transportul medical asistat în IMSP spitalicească, care deservește urgențele chirurgicale, și consultul obligator al medicului chirurg pentru confirmarea diagnosticului de OIS.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Toți pacienții cu suspjecție la OIS necesită transport medical asistat:<ul style="list-style-type: none">- ECG.- Pulsoximetrie.- Glucometrie.- Monitorizare a pulsului, TA, temperaturii.• Consultația medicului chirurg.• Confirmarea diagnosticului este indicație absolută pentru spitalizarea în serviciul de chirurgie (caseta 13).
3.Tratamentul 3.1. În prespital se va efectua tratamentul simptomatic al pacienților critici cu OIS. C.2.4.9.1.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamentul se va efectua pentru stabilizarea funcțiilor vitale.• Tratamentul simptomatic nu trebuie să influențeze promptitudinea spitalizării.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Oxigenoterapie• Stabilizare hemodinamică Sol. Natrii chloridum 0,9% 1000-1500 ml. Medicație inotropă pozitivă, la necesitate.

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (medic chirurg)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul. Suspectarea diagnosticului de OIS. C.2.3.- C.2.4.7.	<ul style="list-style-type: none">• Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea OIS.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Evaluarea factorilor de risc (caseta 4).• Anamneza și acuzele (caseta 5, 6, 7, 8).• Examenul obiectiv (caseta 9, 10).• Radiografia abdominală panoramică (caseta 11, tabelul 1).• Examen de laborator (caseta 11, tabelul 1).• Diagnosticul diferențial (caseta 12).• Evaluarea stării generale. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none">• Consultația altor specialiști, la necesitate. La orice suspexie de ocluzia intestinală superioară, testele paraclinice și imagistice în ambulator necesită a fi efectuate în timp scurt.
2. Selectarea metodei de tratament: staționar <i>versus</i> ambulatoriu. C.2.4.8.		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Îndreptarea în regim de urgență în instituție medicală cu secție chirurgicală specializată (caseta 13).
3. Tratamentul. 3.1. Tratament simptomatic. C.2.4.9.1.	<ul style="list-style-type: none">• În cazul OIS tratament simptomatic cu scop de pregătire preoperatorie în condiții de ambulator nu se efectuează.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Tratamentul simptomatic preoperator se va efectua doar în condiții de staționar.• Tratament conservator pentru stabilizarea funcțiilor vitale, la necesitate (caseta 14, 15).
4. Supravegherea. C.2.7.	<ul style="list-style-type: none">• Se efectuează de către chirurg în colaborare cu medicul de familie.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none">• Examinările obligatorii de 2 ori pe an (caseta 37).

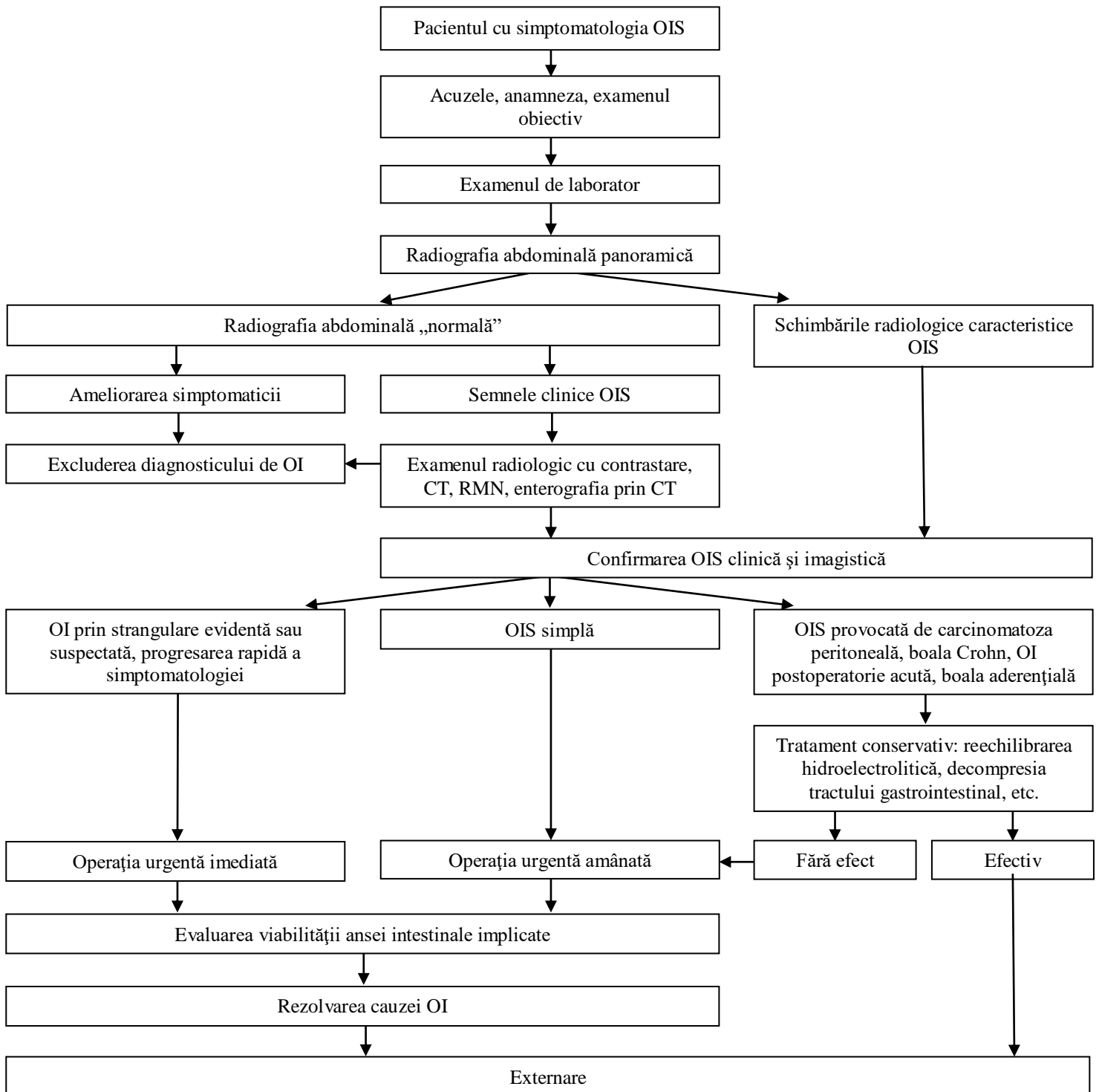
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (spitale raionale, municipale, republicane)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
<p>1. Diagnosticul. 1.1. Confirmarea diagnosticului de OIS. Algoritmul C.1.1. C.2.3.- C.2.4.7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Anamneza, examenul obiectiv și imagistic permite suspectarea și confirmarea OIS. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluarea factorilor de risc (caseta 4). Anamneza și acuzele (caseta 5, 6, 7, 8). Examenul obiectiv (caseta 9, 10). Radiografia abdominală panoramică (caseta 11, tabelul 1). Testele de laborator (caseta 11, tabelul 1). Examenul radiologic a intestinului subțire cu contrastare (caseta 11, tabelul 1). Diagnosticul diferențial (tabelul 12). CT, RMN, enterografia prin tomografia computerizată, USG la necesitate (caseta 11, tabelul 1). Evaluarea stării generale a pacientului, severității OIS, a riscului operator și prognosticului (caseta 35). <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> Examenul paraclinic suplimentar preoperatoriu, la necesitate (caseta 11, tabelul 1). Consultația altor specialiști, la necesitate.
<p>2. Tratamentul. 2.1. Tratamentul conservator. 2.2. Tratamentul non-operator definitiv 2.2. Tratamentul chirurgical. 2.3. Adezioliza laparoscopică. Algoritmul C.1.1. C.2.4.9.- C.2.4.9.2.5.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Este indicat în majoritatea cazurilor de ocluzie intestinală superioară. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul conservativ (caseta 14, 15, 16, 17). Tratamentul non-operator definitiv (caseta 18). Evaluarea indicațiilor pentru tratament chirurgical (caseta 20). Pregătire preoperatorie (caseta 14, 15, 16, 17). Consultația anesteziologului. Intervenția chirurgicală (caseta 20, 21, 22, 23). Adezioliza laparoscopică (caseta 24). Conduita postoperatorie (caseta 32, 33).

<p>3. 3.1 Conduita formelor specifice ai ocluziei intestinale 3.2 Tratamentul conservativ paliativ la pacienții terminali inoperabili. C.2.4.9.3.1. - C.2.4.9.3.7. C.2.4.9.1.6.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • În unele cazuri (boala aderențială, boala Crohn, enterita de iradiere, carcinomatoza abdominală) inițial mai preferabil este tratament conservator. • Tratamentul conservator paliativ poate fi aplicat și în unele cazuri la pacienții terminali inoperabili. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tactica de tratament (<i>caseta 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31</i>). • Tratamentul conservativ paliativ la pacienții terminali inoperabili. (<i>caseta 19</i>).
<p>4. Externarea, supravegherea. C.2.4.9.5. - C.2.7.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Supraveghere după tratamentul operator, tratamentul conservativ definitiv, după externarea la domiciliu. 	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluarea criteriilor de externare (<i>caseta 34</i>). <p>Extrasul va conține obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul exact detaliat. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Tratamentul efectuat. • Recomandările explicite pentru pacient. • Recomandările pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu OIS în staționar.

(clasa de recomandare IIa)



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea.

C.2.1.1. Clasificarea în funcție de nivelul ocluziei. (clasa de recomandare I)

Ocluzia intestinală superioară (înaltă, proximală), se definește, când obstacolul sau cauza patologică este situată la nivelul intestinului subțire. În unele surse internaționale, OIS este, la rândul său, divizată în: OIS proximală cu implicarea duodenului și jejunului proximal; OIS intermediară – afectează intestinul din mijlocul jejunului până la jumătatea ileonului; și OIS distală indică, că nivelul ocluziei este situat în ileonul distal și valva ileocecală. Doar ocluzia intestinală superioară reprezintă subiectul acestui Protocol Național.

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

C.2.1.2. Clasificarea după origine. (clasa de recomandare I)

Ocluzie intestinală congenitală se definește, când obstacolul sau cauza patologică, care rezultă în oprirea pasajului intestinal reprezintă un defect de dezvoltare intrauterină cu evidențiere clinică după naștere. În mai multe situații OI se dezvoltă la nou-născuți și sugari, dar uneori – în perioada mai tardivă. Leziunile obstructive congenitale ale intestinelor pot fi de origine intrinsecă (atrezie, stenoză, ileus meconial, megacolon aganglionic) sau extrinsecă (malrotație, bride congenitale, herniile intraabdominale, duplicări intestinale).

Ocluzie intestinală dobândită reprezintă situații clinice, când obstacolul sau procesul patologic cauzal se dezvoltă pe parcursul vieții a pacientului ca urmare diverselor patologii (aderențele intraabdominale postoperatorii sau postraumatice, herniile externe și interne, tumori benigne și maligne, boala Crohn, abcese și hematoamele abdominale și retroperitoneale, corpi străini, calculi biliari, bezoari, conglomerat de paraziți, afecțiunile dismetabolice, etc).

C.2.1.3. Clasificarea în funcție de mecanismul fiziopatologic provocator. (clasa de recomandare I)

Ocluzie intestinală mecanică este caracterizată prin întreruperea tranzitului intestinal ca rezultat a unui obstacol (bloc mecanic). Ocluzia intestinală mecanică poate să se dezvoltă atât la nivelul intestinului subțire cât și a colonului, și este divizată în trei forme în funcție de mecanismele fiziopatologice implicate (ocluzie intestinală prin obturare, prin strangulare și de geneză mixtă).

- **Ocluzie intestinală mecanică prin obturare (sau simplă)** este provocată de factorii, care constituie un obstacol mecanic pentru pasajul intestinal, fără tulburările fluxului sangvin în peretele intestinal, cu dezvoltarea rapidă a necrozei ansei afectate. Ocluziile simple pot fi complete, ceea ce indică că lumenul intestinal este blocat complet, sau incomplete, ce înseamnă că lumenul este îngustat, dar permite trecerea distală a unei cantități anumite de lichide și gaze. Dintre cauzele mai frecvente pot fi enumerați: corpii străini, bezoari, calculi biliari, conglomerat de paraziți, atrezie sau duplicație intestinală, diverticul Meckel, Boala Crohn, diverticulită, ischemie intestinală cronică, tumorile primare sau metastatice, aderențe intraabdominale, hernia internă, pancreas inelar.
- **Ocluzie intestinală mecanică prin strangulare** se caracterizează prin oprirea (sau compromiterea) 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. Cele mai comune exemple ale ocluziei intestinale prin strangulare sunt: herniile externe încarcerate, volvulus sau torsiunea intestinului.

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

Ocluzie intestinală dinamică/funcțională (ileusul) este cauzată de insuficiența neuromusculară a intestinului, care împiedică peristaltismul coordonat dintr-o regiune a intestinului în alta, în timp ce lumenul intestinului nu este compromis și rămâne permeabil. Spre deosebire de terminologia utilizată în chirurgie autohtonă, în literatura mondială aceasta formă de ocluzie este cunoscută sub numele de *ileus* adinamic, subliniind prin aceasta pierderea peristaltismului intestinal ca cauza caracterului paraltic al patologiei. În dependență de mecanismul său ileusul adinamic se împarte în două tipuri:

- **Ileus spastic**, în care oprirea tranzitului intestinal are loc din cauza spasmului persistent al intestinului subțire. Este întâlnit în caz de diferite intoxicații: otrăvire cu plumb, toxine de ascaride. De asemenea, poate surveni în isterie, astm bronșic.
- **Ileus paraltic** este mult mai frecvent și poate fi provocat de mai mulți factorii etiologici. Ileus paraltic deseori este asociat cu infecția abdominală sau retroperitoneală, hematom retroperitoneal, ischemie mezenterială, fracturi vertebrale sau costale, colici renale, dereglări metabolice. Motilitatea intestinală întotdeauna se dereglează după procedeele chirurgicale abdominale și retroperitoneale. Acest ileus adinamic este temporar, de obicei trece timp de 3-4 zile și este numit „**pareza intestinală postoperatorie**”.

C.2.1.4. Clasificarea anatomo-etiologicală a ocluziei intestinale mecanice. (clasa de recomandare I)

Ocluzia intestinală mecanică este clasificată în funcție de etiologia și situații leziunii obstructive. Cauzele obstrucției mecanice sunt divizate în trei grupuri mari: localizate intraluminal, intramural și extrinsec (sau extramural).

OI mecanică intraluminală:

- Corpii străini.
- Bezoar.
- Calcul biliar.
- Meconii (fibroza chistică).
- Paraziți.
- Enteroliți (coproliți).
- Invaginația (asociată de obicei cu tumora la adulți).
- Polipii pedunculari de dimensiuni importante.

OI mecanică intramurală:

Congenitală (rară la adulți):

- Atrezia, strictura, stenoza intestinală.
- Duplicare intestinală.
- Diverticol Meckel.

Procese inflamatorii:

- Boala Crohn.
- Diverticulita.
- Ischemie intestinală cronică și strictura postischemică.
- Enterita de iradiere.

Tumori:

- Primare intestinale (maligne sau benigne).
- Secundare – metastatice (în special, melanom).

Traumatice:

- Hematom duodenal intramural.

OI mecanică extrinsecă:**Aderențe.****Congenitală:**

- Brida Meckel sau Ladd.
- Postoperatorie.
- Postinflamatorie.

Herniile:

- Externe.
- Interne.

Volvulus.**Formațiuni externe:**

- Abces intraabdominal (retroperitoneal).
- Pancreas inelar.
- Carcinomatoza.
- Endometrioza.
- Sarcina.
- Pancreatita sau pseudochist pancreatic.

C.2.1.5. Clasificarea anatomo-fiziopatologică. (clasa de recomandare IIa)

De asemenea, este important de a diviza ocluzie intestinală în forma cu ansa deschisă și cea cu ansa închisă.

- **Ocluzia intestinală cu ansa deschisă** se definește când pasajul intestinal este blocat, dar rămâne posibilitatea de decompresie a intestinului în sens proximal prin antiperistaltism sau vome. Ca urmare, ischemia și necroza intestinului nu apare un timp îndelungat.
- **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 lichidelor 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 necrozei ansei intestinale torsionate. Ca regulă, în timp când manifestările clinice (durere, distensie abdominală și vome cu debut brusc, asociate de sensibilitatea abdominală) devin evidente, viabilitatea intestinului este deja compromisă.

C.2.2. Etiopatogenia, fiziopatologia, patomorfologia și bacteriologia ocluziei intestinale superioare.

C.2.2.1. Etiopatogenia. (clasa de recomandare I)

Caseta 1. Etiopatogenia.

Cauzele OIS sunt variate și presupun intervenția unor mecanisme foarte diverse:

Ocluziile intestinale mecanice prin obturare pot apare prin:

- Leziuni intramurale intestinale, care pot fi: congenitale (atrezii, stenoze, bride, malrotații), leziuni inflamatorii nespecifice sau specifice (boala Crohn, tuberculoza), leziuni traumatice sau postoperatorii (hematoame intraparietale, aderențe postoperatorii), prin tumori benigne sau maligne, sau stenoze de iradiere.
- Corpi străini intralumenali reprezentați de calculi biliari, enteroliți, conglomerat de bariu sulfat, bezoari, ghem de paraziți.
- Compresiuni extrinseci ale lumenului intestinal produse de tumori abdominale sau retroperitoneale, de bride (postoperatorii, posttraumatice, inflamatorii sau congenitale ca în cazul diverticulului Meckel), peritonita localizată (abces intraabdominal).

Ocluziile intestinale mecanice prin strangulare afectează vascularizarea ansei intestinului subțire și se produc prin:

- Volvulus – este torsiunea ansei intestinale în jurul unui ax cu cel puțin la 180°, format de bride sau aderențe inflamatorii, favorizată de anomalii de rotație, proceselor concomitente (polipi, tumori) sau de existența unui mezou lung.
- Invaginație indică telescoparea segmentului cranial al intestinului în cel caudal, cu implicarea mezoului, ca urmare a unei hiperperistaltici intestinale produse de diverse cauze: infecții, intoxicații, stări alergice, iritația nervilor locali, adenopatie mezenterică, ascarizi, polipi, diverticul Meckel.
- Strangularea lumenului intestinal și a unei porțiuni din mezou, în diverse defecte parietale externe (herniile peretelui abdominal) sau strangulări interne (în fosete peritoneale, paraduodenale sau parasigmoidiene, hiatusul Winslow, breșe mezenterice postoperatorii sau traumatice, rupturi de diafragma, orificiul Morgagni-Larrey și Bochdalek).

Ocluziile intestinale dinamice sau funcționale se dezvoltă din diferite cauze, și se manifestă prin paralizie sau spasmul al musculaturii intestinale netede, fără existența unui obstacol. Pot fi produse prin:

- Traumatisme diverse: cranio-cerebrale, toracice, abdominale, fracturi costale, intervenții chirurgicale majore.
- Procese inflamatorii abdominale (peritonite, abcese, apendicită sau colecistită distructivă, pancreatită acută severă, etc.), retroperitoneale (flegmoane, abcese), toracice (abcese, pneumonii, pleurezii) sau generalizate (sepsis).
- Afecțiuni vasculare: tromboza portală, ischemia mezenterială arterială sau venoasă, flebita venei cave inferioare, rupturi de anevrisme aortei abdominale, etc.
- Tulburări metabolice, ce duc la dezechilibre hidro-electrolitice, azotemie, carente de acid pantotenic sau tiamina, hipoxie, porfirinemie, cetoacidoza diabetică, deshidratare, etc.
- Intoxicații profesionale, toxicomania și droguri cu acțiune atropinică sau antirezerpinică.

C.2.2.2. Fiziopatologia.

Caseta 2. Fiziopatologia. (clasa de recomandare IIa)

- Când ansa intestinală devine ocluzionată, deasupra obstacolului se începe acumularea endoluminală a lichidelor și gazelor. Valoarea semnelor clinice și riscul dezvoltării complicațiilor depinde de volumul endoluminal, proliferația și translocarea bacteriilor, precum și gradului alterării motilității și perfuziei intestinale.
- Prin mecanismele sale, OI mecanică declanșează două fenomene esențiale: distensia intestinală și ischemia parietală. Dereglările homeostaziei induse de ocluzie intestinală au ca suport pierderi masive de apă, electroliți, proteine și debutează inițial la nivelul ansei afectate și a intestinului proximal de obstacol.
- Obstacolele intrinseci sau extrinseci produc întreruperea completă a tranzitului intestinal și acumularea de lichide și gaze în lumen. Inițial mecanismele de compensare duc la accentuarea undelor peristaltice intestinale și sporirea secrețiilor glandulare enterale. Persistența obstacolului, după scurt timp, duce la deteriorarea tuturor sistemelor morfofuncționale de reglaj, încât după faza inițială de hiperperistaltism, urmează epuizarea energetică a activității mioelectrice și instalarea distensiei prin atonie musculară.
- Studiile experimentale indică, că sursa distensiei gazoase în cazul OI este aerul înghițit (70% din volum) și gaze produse de activitatea florei microbiene (30% din volum). În prezența durerii acute și anxietății, pacienții cu ocluzie intestinală pot înghiți cantități excesive de aer. Trecerea aerului înghițit în sens distal poate fi prevenită prin aspirația nazogastrică. Lichidul, de asemenea se acumulează în lumenul anselor intestinale proximale obstacolului. Distensia intestinală hidrogazoasă are ca consecință creșterea treptată a presiunii intraluminală.
- Atonia și staza intestinală favorizează proliferarea florei microbiene, iar când presiunea intraluminală depășește presiunea capilară și venoasă se produce trecerea bacteriilor și a toxinelor în sistem limfatic și apoi – în fluxul sangvin (fenomenul patologic, numit translocația bacteriană).
- Când presiunea intraluminală atinge nivelul de 10-15 cm H₂O (la norma 2-4 cm H₂O) este alterată circulația venoasă.
- Trebuie menționat, că în OI simplă cu ansa deschisă, distensia lumenului prin gaze și lichide rareori conduce la presiuni luminală mai mari de 8-12 cm H₂O. Valorile mai mari ale presiunii intraluminală sunt observate în ocluziile cu ansa închisă, prin strangulare.
- Studiile experimentale și clinice au demonstrat, că majorarea presiunii intraluminală de peste 20 cm H₂O inhibă absorbția și stimulează secreția lichidelor și electroliților spre lumenul intestinului proximal de obstacol, în peretele lui și în cavitatea peritoneală. Numai în lumenul intestinal asupra obstacolului se acumulează până la 8-10 litre de lichide în 24 ore. În acest fel se formează sechestrarea lichidelor endoluminală, intraparietală și intraperitoneală, care constituie așa numitul sectorul 3 (după Rondall).
- Ca urmare se dezvoltă hipovolemie, care, la început, în primele 24 de ore, este rezultatul deshidratării extracelulare și hipotoniei prin pierderi mari de sodiu (Na⁺) și de potasiu (K⁺), în deosebi în OIS.
- Pierderile mari de Na⁺ stimulează producerea aldosteronului, care duce la retenție a Na și clorului (Cl⁻), dar sporește eliminarea K⁺.
- Dacă cauzele ocluziei nu sunt lichidate, sectorul de apă extracelular se micșorează simțitor ceea ce provoacă mobilizarea apei din sectorul intracelular. Se instalează deshidratarea intracelulară cu următoarele semne: sete chinuitoare, oligurie, ochi

anxioși în paralel cu lipsa uscăciunii tegumentelor caracteristică pentru deshidratarea extracelulară.

- Ca rezultat a deshidratării extra- și intracelulare se dezvoltă hipovolemie și hipotonie.
- Când presiunea intraluminală se ridică până la 50-60 cm H₂O (ceea ce poate fi observată doar în cazul ocluziei intestinale prin strangulare cu ansa închisă), la staza venoasă și capilară se suprapune ischemia arterială a peretelui intestinal. Segmente intestinale întinse se află în ischemie parietală și necroză, cu perforația ansei afectate. În caz de ocluzie prin strangulare, torsiune și invaginație, afectarea vascularizației duce la gangrenă și perforație. Aceste fenomene, în evoluție succesivă și conjugate, declanșează peritonita, infecția abdominală, sepsisul și insuficiența multiplă de organe.
- Simultan cu modificările hidrosaline în OI suferă și metabolismul proteinelor, care transsudează în cavitatea peritoneală. Un alt mecanism al pierderii proteinelor include procese necrobiotice cu moartea celulară.
- Gradul modificărilor fiziopatologice este în strictă dependență de tipul și nivelul ocluziei intestinale, precum și de perioada afecțiunii.

C.2.2.3. Bacteriologia.

Caseta 3. Bacteriologia. (clasa de recomandare I)

- Intestinul subțire normal conține o concentrație scăzută de bacterii, variind de la 10² la 10⁴ organisme per mililitru în jejunul proximal și de la 10³ la 10⁷ – în ileonul distal. Compoziția florei bacteriene din intestinul proximal conține specii aerobe, gram-pozitive similare cu cele din orofaringe. În ileon distal și colon sunt prezenți aerobii gram-negativi, iar predomină organismele anaerobe.
- Compoziția și concentrația florei bacteriene poate fi modificată în rezultatul stazei în segmentele intestinale, cauzate de ocluzia. Multiplicarea bacteriană excesivă duce la eliberarea toxinelor bacteriene în cantități sporite. Este binecunoscut faptul că endotoxinele bacteriene pot stimula secreția, posibil prin eliberarea sau potențierea substanțelor neuroendocrine și a prostaglandinelor.
- Atonia și staza intestinală favorizează proliferarea florei microbiene în segmentele intestinale proximal de obstacolul, precum și trecerea bacteriilor și a toxinelor în sistem limfatic și apoi – în fluxul sangvin (fenomenul patologic, numit translocația bacteriană intestinală).
- Translocația bacteriană reprezintă un factor de bază al bacteriemiei cauzate de *Escherichia coli*, dezvoltării sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS) și a sepsis-ului în cazul OI avansate.

C.2.3. Factorii de risc.

Caseta 4. Factorii de risc de dezvoltare a OIS. (clasa de recomandare I)

Ocluzia intestinală este un sindrom plurietiologic 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.2.4. Conduita pacientului cu ocluzia intestinală superioară.

Caseta 5. Etapele obligatorii în conduita pacientului cu OIS. (clasa de recomandare)

- 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.2.4.1. Considerațiile generale.

Caseta 6. 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, vomela, 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.2.4.2. Anamneza.

Caseta 7. 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 litiaza veziculară și colica 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.2.4.3. Manifestările clinice.

Caseta 8. Acuzele.

Acuzele principale în cazul OIS sunt: durerea abdominală, grețuri și vărsăturile, 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 paralizantă. **(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 epigastru 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 hipogastru sau corespunzător zonei afectate. Durere 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 paralizante. **(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 – biliase. 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.2.4.4. Examenul obiectiv.

Caseta 9. Examenul obiectiv.

Inspecția 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 OI 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 compresiune, tumori ovariene torsionate, etc. (*clasa de recomandare III*)

C.2.4.5. Semnele generale.

Caseta 10. 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, tahicarie >100 bătă/min, torpoare, somnolență, halucinații. (*clasa de recomandare IIb*)

C.2.4.6. Investigațiile paraclinice.

Caseta 11. 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 20.000x10⁹/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 originea 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 anșelor 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 anșelor 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 anșa închisă, anșa implicată poate conține doar lichid și foarte puțin aer. În astfel de situație anșa poate să nu fie vizibilă sau abia vizibilă ca o anșa 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 anșa 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 cauza. (*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 (sulfat de bariu) și solubili în apă, cum este Gastrografia. 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 (neoplasmale 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 diagnosticheze abcesele, procesul inflamator, patologia extraluminală și ischemia mezenterială care sunt cauze OI, și permite diferențiere între ileus paralytic 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*)

Ultrasonografia cavității abdominale.

- Ultrasonografia (USG) cavității abdominale nu este metoda diagnostică specifică în ocluzie intestinală. (*clasa de recomandare IIa*)
- USG poate evidenția doar distensia anselor 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 anselor 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 condiție 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	
Numărul leucocitelor sângelui.	Leucocitoza înaltă poate mărturisi despre prezența unui proces inflamator sau necroza intestinului.	O	
Numărul eritrocitelor, nivelul hemoglobinei, și hematocritul.	Hemoconcentrația reflectă nivelul dereglărilor hidro-electrolitice în cazul deshidratării severe. Viceversa, anemia poate sugera prezența unui neoplasm.	O	
Analiza urinei.	Denotă prezența unei patologii renale asociate sau disfuncției renale.	O	
Nivelul amilazei în sânge și urină.	Permite diferențierea cu pancreatita	O	

	acută. OIS poate fi asociat cu amilază serică crescută, dar nu la nivel foarte înalt, cum este în cazul pancreatitei.		
Grupul de sânge și factorul Rh.	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie și hemotransfuzie eventuală.	O	
Biochimia sângelui: proteina generală, ureea, creatinina, glucoza, aspartat aminotransferaza (AST), alanin aminotransferaza (ALT), fosfataza alcalina (FA), bilirubina cu fracții.	Evaluarea stării ficatului pentru determinarea patologiilor concomitente cu afecțiune hepatică. Creatinina și ureea crescute reflectă starea de deshidratare sau prezența sindromului de răspuns inflamator sistemic (SIRS).	O	
Echilibrul acido-bazic sanguin.	Acidoza metabolică poate fi asociată cu OIS și reflectă SIRS. Se indică și cu scop de evaluare preoperatorie.		R
Ionograma (Na, K, Ca, Mg, Cl).	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
Coagulograma (protrombina, fibrinogenul, timpul de coagulare).	Se indică cu scop de evaluare preoperatorie.		R
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
Ultrasonografia cavității 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 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.		R
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 condiție prezenței echipamentului laparoscopic perfect și experienței respective ale chirurgului în intervențiile laparoscopice.		R

Notă: O – obligatoriu, R – recomandabil

C.2.4.7. Diagnosticul diferențial.

<p>Caseta 12. Diagnosticul diferențial. (clasa de recomandare Ib)</p> <p>În procesul de diferențiere OIS se va ține cont de următoarele situații clinice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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, vărsăturile 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 anselor 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 vărsături, 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 eficient. 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 „santinelă” 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 paralytică, 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 vărsături. Anamneză, depistările ecografice și puncția peritoneală precizează diagnosticul.
- **Patologia retroperitoneală** evoluează cu distensie abdominală, subocluzie, constipație, vărsături. 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 vomă, 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.2.4.8. Criteriile de spitalizare.

Caseta 13. 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.2.4.9. Tratamentul.

C.2.4.9.1. Tratamentul conservativ.

C.2.4.9.1.1. Considerații generale.

Caseta 14. Considerații generale.

- Scopul principal în tratamentul ocluziei intestinale este înlăturarea cauzei și restabilirea funcției normale a intestinului, ceea ce în majoritatea cazurilor poate fi asigurată numai prin intermediul intervenției chirurgicale. Dar pentru a obține rezultate favorabile operația este completată de măsurile conservative. (**clasa de recomandare I**)
- Atât durata pregătirii preoperatorie, cât și volumul și calitatea infuziei sunt în concordanță cu mecanismul și tipul ocluziei, prezența complicațiilor, starea bolnavului, timpul trecut de la debutul maladiei. (**clasa de recomandare IIa**)
- Tratamentul inițial al pacienților cu OIS suspectată constă în reechilibrarea hidroelectrolitică agresivă, decompresia gastrointestinală, administrarea analgeziei și antiemeticele la necesitate, consultația și supravegherea chirurgicală și administrarea antibioticelor. Aceste compartimente strict necesare ai tratamentului complex se efectuează până la, în timpul și după operație. (**clasa de recomandare IIa**)
- Decompresia tractului gastrointestinal se efectuează prin sonda nazogastrică sau nazogastrointestinală. Aspirația aerului și lichidelor reduce distensia intestinală, modifică și întrerupe cercul vicios dintre distensie și dereglările circulatorii în peretele intestinal, micșorează necesitatea în decompresie intraoperatorie, ameliorează starea generală subiectivă a bolnavului. (**clasa de recomandare IIa**)
- De asemenea cu scopul decompresiei tractului gastrointestinal și reducerea distensiei intestinale se exclude alimentația și administrarea lichidelor perorale. (**clasa de recomandare IIa**)
- Un element important în perioada preoperatorie este administrarea antibioticelor

profilactice pentru micșorarea influenței translocației bacteriene intestinale și prevenirea sepsis-ului. Antibioticele utilizate trebuie acoperă bacteriile gram-negative și anaerobe. (*clasa de recomandare IIb*)

- Monitorizarea tensiunii arteriale, precum și monitorizarea cardiacă la pacienții selectați (în special la pacienții vârstnici sau cei cu afecțiuni comorbide) sunt importantă. Oxigenoterapie și monitorizarea eficacității acesteia sunt de asemenea efectuate în caz de necesitate. (*clasa de recomandare I*)
- Dacă este indicat, bolnavului i se administrează analgezice sau chiar blocaj epidural cu introducerea lidocainei continuă sau fracționat. (*clasa de recomandare IIb*)
- De asemenea la necesitate pot fi administrate preparate antiemetice, atât în perioada preoperatorie, cât și postoperator. (*clasa de recomandare IIa*)
- Segmentele intestinale inferioare locului de obstacol se eliberează de conținut cu ajutorul clismelor (evacuatoare, saline). (*clasa de recomandare IIb*)
- Eficiența tratamentului preoperator se apreciază după corectarea tulburărilor circulatorii și ventilatorii, apariția unei diureze de 50 ml pe oră, micșorarea setei, umezirea mucoasei linguale, restabilirea parțială a peristaltismului și, uneori, a tranzitului intestinal. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4.9.1.2. Reechilibrarea hidroelectrolitică.

Caseta 15. Reechilibrarea hidroelectrolitică.

- Aportul hidric se realizează utilizând diverse criterii și formule în funcție de situație clinică și particularitățile individuale ale pacientului. Calculul necesarului hidric se bazează pe necesitățile normale pe 24 de ore + pierderile patologice (bilanț zilnic), pe calculul hematocritului și al sodiului plasmatic. (*clasa de recomandare IIa*)
- Ca regulă, necesitățile volemice la un pacient cu OI sunt calculate în felul următor: necesitățile bazale sunt de 30-40 ml/kg corp timp de 24 ore; acest coeficient fiind scăzut la vârstnici cu 1/4. (*clasa de recomandare IIb*)
- Calculul pierderilor patologice se efectuează reieșind din: cantitatea vomelor, aspiratului gastrointestinal, diurezei, scaunului, transpirații. În caz de febră se adaugă pierderi de 500 ml de apă pentru fiecare grad Celsius peste 37°C. (*clasa de recomandare IIa*)
- Deficitul hidrosalin este compensat prin infuzii intravenoase de soluție fiziologică NaCl 0,9%, soluție Ringer lactat izotonică, glucoză 5% în volum de 1,5-2 litre, uneori suplimentate cu dextrane sau substituenții plasmiei. De obicei, acest tratament preoperator durează 2-4 ore și este folosit nu numai în scopuri terapeutice ci și diagnostice. Dacă în acest răstimp starea bolnavului nu se ameliorează diagnosticul se înclină definitiv spre ileus mecanic care necesită o intervenție chirurgicală. (*clasa de recomandare I*)
- Reechilibrarea electrolitică se efectuează bazându-se pe calculi necesităților de Na⁺ și K⁺ pe rezultatele ionogramei sangvine, precum și indirect – pe volumul lichidelor pierdute (vome, aspirație nazogastrică, diureza, etc). (*clasa de recomandare I*)
- Tactica terapeutică diferă în cazurile când bolnavul este spitalizat într-o stare gravă cu semnele unei OI prin strangulare: dereglarea semnificativă a hemodinamicii și șoc, peritonism, prezența lichidului liber în abdomen, febră, hiperleucocitoză. (*clasa de recomandare IIa*)
- Cauza stării grave astfel de pacienți este determinată de diminuarea volumului sângelui circulant (VSC), intoxicație prin translocația bacteriană și uneori peritonită perforativă. Ca urmare, pregătirea preoperatorie în aceste cazuri va fi mai intensivă și va dura mai puțin timp, iar reechilibrarea va urmări și terapie antișoc. În acest scop

bolnavul va fi transportat direct în sala de operații, unde i se va cateteriza vena centrală și i se va infuza în get dextrane, substituenți a plasmei și albumină. La soluțiile infuzate la necesitate se va anexa prednisolonul 300-400 mg, glucozide, cocarboxilază, acid ascorbic. Infuzia va dura o oră și se va efectua sub controlul presiunii venoase centrale (PVC). (*clasa de recomandare III*)

C.2.4.9.1.3. Decompresia tractului gastrointestinal.

Caseta 16. Decompresia tractului gastrointestinal.

- Sondajul nazogastric tradițional este considerat măsură standard în diagnosticul și tratamentul ocluziei intestinale. Instalarea sondei nazogastrice este una dintre primele acțiuni la un pacient cu ocluzie intestinală, spitalizat recent. (*clasa de recomandare I*)
- Decompresia nazogastrică este indicată în toate cazurile, cu excepția celor mai ușoare. Tubul nazogastric servește la prevenirea pasajului aerului înghițit în sens distal și la minimizarea disconfortului din cauza refluxului conținutului intestinal. (*clasa de recomandare I*)
- De asemenea, instalarea sondei nazogastrice permite preîntâmpinarea aspirației pulmonare, întotdeauna posibilă în cazul OIS. Riscul aspirației pulmonare este deosebit de înalt la vârstnici și la cei senili, la pacienții cu ciroză hepatică. (*clasa de recomandare I*)
- Utilizarea tuburilor mai lungi care pătrund până în ansa supralezională (nazogastrointestinali tip Miller-Abbott, Smitt, Leonard sau obișnuite) este recomandată în anumite situații, în special pentru pacienții cu ocluzie cronică, dar intermitentă: boala Crohn, carcinomatoza peritoneală, enterita de iradiere sau cu multe laparotomii anterioare efectuate pentru OI aderențială. (*clasa de recomandare III*)
- Pentru rezolvarea conservativă a cazurilor de OIS, sonda nazogastrointestinală trebuie plasată cât mai curând posibil, mai recomandabil prin endoscopie, decât prin ghidajul radiologic. Totodată, nu există avantaje demonstrate în utilizarea decompresiei nazogastrointestinale în comparație cu utilizarea sondei nazogastrice simple. (*clasa de recomandare IIb*)
- Se recomandă, că sonda nazogastrică se menține *in situ* până la momentul reluării tranzitului intestinal. (*clasa de recomandare I*)
- Totodată, aflarea de lungă durată a sondei nazogastrice poate provoca escare și leziuni ale mucoasei esofagului și stomacului, și poate favoriza declanșarea hemoragiei la bolnavii cu gastropatie portală și coagulopatie. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4.9.1.4. Utilizarea antibioticelor în ocluzia intestinală superioară.

Caseta 17. Utilizarea antibioticelor în ocluzia intestinală superioară.

- Intestinul subțire normal conține o concentrație scăzută de bacterii, variind de la 10^2 la 10^4 organisme viabile per mililitru în jejunul proximal și de la 10^3 la 10^7 organisme viabile per mililitru în ileonul distal. Compoziția florei bacteriene din jejunul proximal conține de la bacterii facultative, predominant gram-pozitive, cum ar fi streptococi, stafilococi și lactobacili, până la ciuperci și specii coliforme aerobe și anaerobe în regiunile distale ai ileonului. (*clasa de recomandare I*)
- Studiile au demonstrat că, chiar și în OI simplă, bacteriile pot transloca din mucoasa intestinală, trecând în ducturile limfatice. (*clasa de recomandare IIa*)
- Este bine stabilit că antibioticele administrate perioperator reduc rata supurației plăgilor, infecției abdominale și altor complicațiilor posibile în urma translocării

bacteriene la pacienții supuși operației pentru OI simplă sau strangulată. (*clasa de recomandare IIa*)

- Alegerea inițială a antibioticelor în OIS este empirică și trebuie să se bazeze pe spectrul microorganismelor patogene mai frecvent implicate, infecțiilor nosocomiale specifice spitalului, farmacodinamica și farmacocinetica preparatelor și evoluția procesului inflamator local și sistemic. (*clasa de recomandare I*)
- Odată ce sa luat decizia de a efectua intervenție chirurgicală, ar trebui administrate antibiotice cu spectru larg care acoperă aerobi gram-negativi și anaerobi. (*clasa de recomandare IIa*)
- Antibioticoterapia empirică poate fi administrată în regim de monoterapie sau terapie combinată (2-3 preparate). (*clasa de recomandare I*)
- Cel mai frecvent recomandate antibiotice pentru antibioticoprofilaxie în cazul OIS sunt următoarele: cefazolină, cefoxitin, cefotetan, cefuroxim, meropenem. (*clasa de recomandare IIa*)
- În cazul dezvoltării complicațiilor septice în perioada postoperatorie, alegerea antibioticelor trebuie să se bazeze pe rezultatele însămânțărilor culturilor intraoperatorii, precum și ale culturilor din plagă sau din colecțiile lichidiene intraabdominale. (*clasa de recomandare I*)

C.2.4.9.1.5. Tratamentul non-operator definitiv.

Caseta 18. Tratamentul non-operator definitiv. (*clasa de recomandare IIb*)

Tratamentul non-operator definitiv este indicat pentru următoarele forme de ocluzie intestinală superioară:

- **Tumorile maligne.** OI de origine malignă de obicei este cauzată de metastaze (carcinomatoza abdominală). Tratamentul inițial trebuie să fie non-operator, iar laparotomie cu rezecția chirurgicală eventuală se recomandă doar la ineficacitatea acestuia.
- **Boala Crohn.** În epizodul acut sau acutizarea bruscă a bolii Crohn în asociere cu OIS, tratamentul este în general non-operator. Reducerea procesului inflamator se realizează prin administrarea steroizilor în doze mari, combinate cu infuzii și nutriție parenterală de durată pentru asigurarea repausului intestinal. Tratament chirurgical (rezecție ansei intestinale afectate și/sau stricturoplastiă) se efectuează dacă tratamentul non-operator nu este eficient.
- **Abcesul intraabdominal.** Puncția și drenarea abcesului sub ghidarea USG sau CT este de obicei suficientă pentru rezolvarea OI secundare patologiei. În caz când pentru drenare abcesului este efectuată laparotomia, o intervenție specială pentru rezolvarea OI nu este necesară.
- **Enterita de iradiere.** Dacă simptomatologia OI a apărut acut după radioterapia recentă, tratamentul non-operator asociat de administrarea steroizilor este de obicei suficient. În cazul când OI este consecința radioterapiei suportate în trecut, mai indicată este intervenție chirurgicală.
- **Ocluzia intestinală postoperatorie acută.** Este dificil de diagnosticat, deoarece simptomele sunt adesea atribuite durerii în plaga chirurgicală și ileusului postoperator. Tratamentul inițial întotdeauna trebuie să fie non-operator.
- **Boala aderențială.** Conform unor studii recente, până la 80% din episoadele de ocluzie a intestinului subțire cauzate de aderențe pot fi rezolvate non-operator. Tratamentul conservativ este îndeosebi indicat pacienților cu mai multe laparotomii în antecedente efectuate pentru OI aderențială. În cele din urmă, pacienții care prezintă semne clinice și radiologice de ocluzie intestinală sunt tratați conform

regulilor stabilite.

Notă: 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.

C.2.4.9.1.6. Tratamentul conservativ paliativ la pacienții terminali inoperabili.

Caseta 19. Tratamentul conservativ paliativ la pacienții terminali inoperabili.

- Pacienții cu patologie terminală incurabilă (patologie oncologică depășită, carcinomatoză avansată, SIDA), la care intervenția chirurgicală oferă doar șanse minimale de ameliorare de scurtă durată și pronostic rezervat, pot refuza intervenția chirurgicală pentru ocluzie intestinală acută. (***clasa de recomandare III***)
- Acestor pacienți li se oferă condiții decente de tratament paliativ cu includerea terapiei infuzionale, analgezicelor, antisecretorii și decompresie continuă nazogastrică. (***clasa de recomandare IIa***)
- Refuzul pacientului sau a rudelor de la intervenție chirurgicală este necesar de a fi confirmat în scris, iar acest tratament paliativ să fie argumentat prin consiliu cu participarea obligatorie a chirurgului, anesteziologului-reanimatologului și reprezentatului administrației spitalului. (***clasa de recomandare I***)

C.2.4.9.2. Tratamentul chirurgical.

C.2.4.9.2.1. Timpul efectuării tratamentului chirurgical.

Caseta 20. Timpul efectuării tratamentului chirurgical. (clasa de recomandare IIa)

După timpul efectuării sunt 2 tipuri de intervenții chirurgicale în OIS:

- **Operația urgentă imediată** – se efectuează în primele 2-4 ore după internare în cazul:
 1. Progresarea rapidă a sindromului doli sau distensiei abdominale, cu sau fără semne peritoneale.
 2. Apariția semnelor peritoneale, tahicardia peste 100 băt/min, febră, scăderea diurezei, creșterea leucocitozei, hiperamilazemiei, acidozei metabolice.
 3. Hernia încarcerată, strangulată.
 4. Ocluzia intestinală superioară prin strangulare evidentă sau suspectată.
 5. Invaginația.
 6. Ocluzia intestinală mecanică completă a intestinului subțire.
- **Operația urgentă amânată** – se efectuează în lipsa răspunsului pozitiv la tratamentul non-operator timp de 24-48 de ore, chiar și fără semne de progresare procesului sau infecției peritoneale în situațiile următoare:
 1. Ocluzia intestinală superioară simplă, fără elemente de strangulare.
 2. Ocluzia intestinală aderențială.
 3. Ocluzia intestinală postoperatorie.
 4. Ocluzia intestinală superioară, provocată de cauze inflamatorii.

C.2.4.9.2.2. Procedeeul chirurgical.

Caseta 21. Procedeeul chirurgical.

- Intervenția chirurgicală se efectuează sub anestezie generală endotraheală cu relaxare musculară și are drept scop depistarea și înlăturarea cauzei OIS și restabilirea permeabilității normale a intestinului. (***clasa de recomandare I***)
- Calea de acces recomandată este laparotomia mediană largă, suficientă pentru revizia

completă a cavității peritoneale. (*clasa de recomandare IIa*)

- Se efectuează aspirarea exudatului peritoneal și la necesitate recoltarea probelor pentru examinarea bacteriologică. Caracterul exudatului poate fi informativ în privința genezei OI. Exudatul hemoragic este caracteristic ocluziei prin strangulare, iar exudatul transparent – ocluziei simple, prin obturare. (*clasa de recomandare IIb*)
- Revizia se va efectua prudent și de obicei va începe de la segmentul ileocecal. În cazul când intestinul cec este colabat, obstacolul este situat la nivelul intestinului subțire, dacă cecul este balonat – cauza ocluziei este localizată în colon. (*clasa de recomandare IIb*)
- Procedeu chirurgical depinde de cauza ocluziei și de viabilitatea intestinului. (*clasa de recomandare I*)
- În ocluziile prin obturarea endoluminală se efectuează enterotomia cu înlăturarea calculului biliar, enterolitului, bezoarului sau ghemului de paraziți. Operația se finalizează cu enterorafie în 2 planuri de suturi. (*clasa de recomandare I*)
- În caz de tumoare sau stenoză parietală se efectuează rezecția segmentului în cauză, care se termină în raport de localizarea obstacolului, prezența peritonitei și starea generală a bolnavului cu anastomoză interintestinală primară sau cu o derivație externă: ileostomie. (*clasa de recomandare I*)
- În ocluziile prin strangulare se înlătură cauza (detorsiune intestinului, dezinvaginare, secționarea unei bride, a aderenților, destrangularea în hernii). După lichidarea cauzei ocluziei în mod obligatoriu trebuie să fie evaluată viabilitatea intestinului. (*clasa de recomandare I*)
- În cazul ischemiei ireversibile și necrozei se execută rezecția ansei cu aplicarea unei anastomozei entero-enterale (latero-laterale sau termino-terminale). (*clasa de recomandare IIa*)
- În caz de peritonită avansată se recurge la o ileostomie externă. Totodată, enterostomia (jejunostomia) trebuie evitată, când lungimea intestinului subțire păstrat este sub 100 cm de la ligamentul Treitz, pentru a evita dezvoltarea sindromului intestinului scurt. (*clasa de recomandare IIa*)
- Când este indicată, se efectuează decompresie intestinală intraoperatorie, utilizând diferite procedee: deplasarea sondei nazogastrale sau nazogastrointestinale (Miller-Abbott) sub controlul vizual și manual, deplasarea conținutului intestinal în ansele distale după lichidarea obstrucției sau prin segmentul proximal al ansei necrozate când este planificată rezecția. Efectuarea enterotomiei pentru decompresia intestinală nu se recomandă din cauza riscului elevat al dehiscenței liniei de sutură. (*clasa de recomandare IIb*)
- Cu scopul profilaxiei peritonitei postoperatorie și a recidivelor simptomelor ocluzive se practică suturarea breșelor și peritonizarea spațiilor decolate, aranjarea anselor și acoperirea acestora cu oment, lavajul cavității abdominale. (*clasa de recomandare IIa*)
- În caz de ocluzie aderențială recidivantă adezioliza se poate completa cu intestinoplicația Noble. (*clasa de recomandare III*)
- Drenarea cavității peritoneale după rezolvarea OI aderențiale fără necroza ansei intestinale nu se recomandă, deoarece tuburile de dren produc formarea aderenților și bridelor noi. (*clasa de recomandare IIb*)
- Totodată, în cazurile când ocluzia intestinală este complicată cu peritonită avansată, drenarea cavității abdominale este obligatorie. Tuburile de dren sunt plasate în focarul de infecție, canalele parietocolice și spațiul Douglas. (*clasa de recomandare IIa*)

- În cazuri extrem de grave, abcese intraabdominale multiple, nesiguranța suturilor intestinale, se practică laparorafie provizorie pentru relaparotomii programate ulterioare. (*clasa de recomandare III*)

C.2.4.9.2.3. Evaluarea viabilității ansei intestinale.

Caseta 22. Evaluarea viabilității ansei intestinale. (clasa de recomandare I)

- După lichidarea cauzei OI, se apreciază viabilitatea ansei intestinale afectate.

Criteriile viabilității (necrozei) ansei intestinale sunt următoarele:

Semnul	Viabil	Necroză
Culoarea	Roz-pală sau cu hiperemie	Albastră-întunecată sau neagră
Luciul seroasei	Lucioasă	Luciu scăzut, cu multiple puncte hemoragice
Peristaltismul	Prezent	Lipsește, cât spontan, atât și la iritare mecanică
Pulsația vaselor mezoului	Păstrată	Tromboza vaselor și lipsa pulsației
Grosimea peretelui ansei intestinale	Grosime normală	Subțiată considerabil
Semnele evidente ale neviabilității	Lipsește	Prezente sectoare de necroză, perforație, mirosul colibacilar al exudatului în sacul herniar

- Trebuie menționat, că toate semnele enumerate ale viabilității (sau necrozei) ansei intestinale pot fi limitate doar la nivelul șanțului de strangulare. (*clasa de recomandare I*)
- Procesul de restabilire și, prin urmare, aprecierea viabilității intestinului poate dura până la 30-40 minute. (*clasa de recomandare IIb*)
- În cazurile viabilității dubioase este necesară aplicarea a două metode cunoscute de reanimare a ansei intestinale: injectarea în mezoul a 100 ml 0,2-0,5% soluție Lidocaină și încălzirea ansei afectate cu meșe, îmbibate cu soluție fiziologică fierbinte (+40°C). Peste 15-20 minute după aplicarea măsurilor menționate viabilitatea intestinului se apreciază repetat. (*clasa de recomandare IIb*)

C.2.4.9.2.4. Tactica chirurgicală în cazul necrozei ansei intestinale.

Caseta 23. Tactica chirurgicală în cazul necrozei ansei intestinale.

- Stabilirea necrozei intestinului este indicație pentru rezecție ansei intestinale afectate. (*clasa de recomandare I*)
- Rezecția intestinului subțire se face cu 30-40 cm mai proximal și 15-20 cm mai distal de limita vizibilă a necrozei. Rezecția intestinului în limitele țesuturilor necrotizate este una dintre cele mai periculoase erori. (*clasa de recomandare III*)
- La prezența șanțului de strangulare net exprimat, el poate fi peritonizat prin suturi aparte sero-seroase. Totuși, această manevră poate fi îndeplinită numai după evaluarea minuțioasă a stării ansei aferente. În cazul ansei aferente destinse de lichid și gaze, celor mai neînsemnate semne de ischemie, se va efectua rezecție de intestin. (*clasa de recomandare IIa*)
- În caz de necroză marginală a ansei intestinale la strangularea Richter, peritonizarea sau exereza „în pană” a acesteia, este eronată. În așa caz, este indicată rezecția intestinului conform regulilor generale, cu anastomoză primară sau enterstomia externă. (*clasa de recomandare IIa*)

- În lipsa peritonitei purulente difuze, este preferabilă aplicarea anastomozei primare latero-laterale sau termino-terminale în două planuri de suturi. În cazul ocluziei intestinale avansate, edemului peretelui intestinal și necoincidenței exprimate a diametrelor anselor intestinale aferentă și eferentă, mai preferabilă și inofensivă este aplicarea anastomozei largi latero-laterale. (*clasa de recomandare I Ib*)
- În lipsa condițiilor pentru anastomoză primară (peritonită purulentă, modificări exprimate ale ansei intestinale) și localizarea cauzei OI cu necroza intestinului pe porțiunile distale ale ileonului, se aplică ileostoma terminală. (*clasa de recomandare IIa*)
- La necesitatea instalării enterostomei înalte (mai puțin de 100 cm de la ligamentul Treitz) pot fi aplicate anastomozele Santulli (Maydl) sau Mikulicz, care asigură decompresia adecvată a anastomozei în perioada postoperatorie precoce și restabilirea precoce a pasajului normal al conținutului intestinal. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4.9.2.5. Adezioliza laparoscopică.

Caseta 24. Adezioliza laparoscopică.

- Chirurgia deschisă este metoda preferată în tratamentul OI aderențiale la nivelul intestinului subțire după insuccesul managementului conservator. Totuși un număr mare de studii au demonstrat, că adezioliza laparoscopică este fezabilă și sigură. Laparoscopia curativă rezolvă OI aderențială la mai mult de 50% dintre bolnavi. (*clasa de recomandare III*)
 - Adezioliza laparoscopică pentru ocluzia intestinului subțire are un număr de avantaje potențiale: micșorarea durerii postoperatorie și necesității în analgezie, restabilirea mai rapidă a funcției intestinale, reducerea perioadei de spitalizare și timpului de recuperare, permițând o revenire mai precoce la activitate profesională, rata scăzută a complicațiilor, micșorarea riscurilor de formare a aderenței postoperatorii noi. (*clasa de recomandare IIa*)
- Contraindicațiile absolute pentru adezioliza laparoscopică în OIS sunt cele legate de pneumoperitoneu (instabilitate hemodinamică sau deficit cardiopulmonar), toate celelalte contraindicații sunt relative și trebuie să fie judecate în funcție de caz și în funcție de competențele laparoscopice ale chirurgului. Nu se recomandă utilizarea tehnicii chirurgicale laparoscopice la pacienții cu OIS, care au suportat mai mult de 2 relaparotomii. (*clasa de recomandare I*)
- Liza laparoscopică a aderențelor trebuie încercată în mod preferențial în cazul primului episod de OIS și/sau anticipat (în cazul OIS survenite după apendicectomie sau histerectomie) și recomandabil, când dilatarea intestinul supralezională nu depășește 4 cm la examenul radiologic. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pentru minimalizarea riscului leziunilor intestinale, primul troacar va fi introdus sub control vizual direct (tehnica deschisă Hasson), incizia fiind făcută la distanță de cicatricele anterioare. Accesul în cadranul superior stâng se consideră a fi în siguranță. Altfel, un port de 10 mm poate fi introdus în flancul stâng cu două porturi suplimentare de 5 mm în partea stângă superioară și inferioară (10 mm și 5 mm, respectiv). Prin urmare, prin triangularea a 3 porturi orientate spre cadranul drept inferior, este posibilă o bună expunere și acces la regiunea iliacă dreaptă. De asemenea, poate fi necesar de replasat unele troacare a îmbunătăți vizualizarea și accesul. (*clasa de recomandare IIa*)
- Revizia intestinului este necesar de a fi începută de la unghiul ileocecal proximal spre locul de ocluzie. Cel mai des este necesar de a utiliza disecția ascuțită, limitând

electrocoagularea pentru a preveni leziunile termice a intestinului. Riscul de perforație traumatică a intestinului poate fi redus prin folosirea penselor laparoscopice moi și dacă prepararea intestinului friabil și dilatat este minimalizată prin manipularea porțiunii mezenterice a intestinului de câte ori este posibil. Se consideră că este necesar de a secționa doar aderențele patologice. (*clasa de recomandare III*)

- În 52% din cazurile de adezioliză laparoscopică este necesară conversia pentru completarea disecției sau în legătură cu complicațiile laparoscopice ale acesteia. Ar trebui menținut un prag scăzut pentru conversia către intervenție chirurgicală deschisă, dacă se constată prezența aderențelor extinse. (*clasa de recomandare IIa*)
- Sa constatat, că nu a existat o diferență semnificativă statistic între adezioliză deschisă versus laparoscopică în numărul de complicații intraoperatorii, leziuni la nivelul intestinului, supurații de plagă și cu privire la mortalitatea generală. Dimpotrivă, se atestă o diferență statistic veridică în ceea ce privește complicațiile pulmonare și o reducere considerabilă a prelungirii ileusului postoperator în grupul laparoscopic comparativ cu cel deschis. Autorii susțin ca abordarea laparoscopică este mai sigură decât procedura deschisă, dar în mâinile chirurgilor laparoscopic experimentați și la pacienți selectați. (*clasa de recomandare IIa*)
- De asemenea, laparoscopia a fost utilizată nu numai pentru secționarea aderențelor intraabdominale, dar și enterolitotomie pentru ileusul biliar și fixarea segmentului intestinal torsionat. (*clasa de recomandare III*)
- Complicațiile tardive specifice ale laparoscopiei includ herniile strangulate Richter, formate în locurile plasării troacarelor. Incidența acestor complicații deocamdată nu este cunoscută, însă ar trebui diminuată odată cu perfectarea construcției troacarelor și majorarea experienței chirurgicale. (*clasa de recomandare I*)

C.2.4.9.3. Forme specifice ai ocluziei intestinale.

C.2.4.9.3.1. Ocluzia intestinală aderențială.

Caseta 25. Ocluzia intestinală aderențială.

- Aderențele intra-abdominale constituie aproximativ de la 65% până la 75% din cazuri ale ocluziei la nivelul intestinului subțire. Apendicectomie, histerectomie, colecistectomie și operații pe stomac prezintă cele mai frecvente intervenții chirurgicale suportate în antecedente la pacienții cu ocluzie aderențială. (*clasa de recomandare I*)
- Aderențele pot cauza OI acută în decurs de 4 săptămâni de la intervenție chirurgicală primară sau ocluzie intestinală cronică peste ani sau decenii. Incidența OIS este dependentă și crește îndată cu numărul tot mai mare de laparotomii efectuate în țările în curs de dezvoltare. (*clasa de recomandare IIb*)
- Aproximativ la 5% dintre pacienții supuși laparotomiei se dezvoltă ocluzie aderențială, dintre care 10-30% suferă de episoade ocluzive repetate. (*clasa de recomandare IIa*)
- La examinarea histologică a aderențelor cronice și bridelor postoperatorii se determină reacții către corpi străini, de obicei, la talc, conținut intestinal sau materialul de sutură. (*clasa de recomandare I*)
- Ocluzie aderențială se deosebește de celelalte forme a ocluziei intestinale prin capacitatea să se rezolve de sine stătător, fără intervenție chirurgicală. Conform unor studii recente, până la 80% din episoadele de ocluzie a intestinului subțire cauzate de aderențe pot fi rezolvate non-operator. (*clasa de recomandare IIa*)
- Prezența unei laparotomii în antecedente oferă bază rezonabilă pentru tratamentul

inițial expectativ a pacienților, la care diagnosticul ocluziei intestinale complete încă nu este posibil. În cele din urmă, pacienții care prezintă semne clinice și radiologice de ocluzie intestinală sunt tratați conform regulilor stabilite. (*clasa de recomandare IIb*)

- Din punct de vedere practic trebuie menționat, că cauza aderențială a OI care apare la un pacient fără laparotomie în anamneza nu este probabilă. Aceasta este cunoscută sub numele de ocluzie intestinală *de novo* și, indiferent de cauza, de obicei nu se rezolvă fără intervenție chirurgicală. (*clasa de recomandare III*)
- În cazul, când managementul expectativ nu este efectiv și tabloul ocluziei intestinale este evident se indică o laparotomie, cu secționarea bridei cauzative și visceroliză posibilă. (*clasa de recomandare I*)
- Mai multe substanțe au fost propuse pentru lavajul cavității peritoneale cu scop de a preveni formarea aderențelor, inclusiv hialuronidaza, hidroclorid de cortizon, silicon, dextrane, streptomycină, anticoagulanți, antihistaminice, AINS și streptochinaza. Actualmente, utilizarea lor nu este recomandată, deoarece sunt puține dovezi a eficacității și inofensivității acestora. Accesul mai rezonabil către reducerea formării aderențelor include hemostaza minuțioasă, tehnica chirurgicală perfectă, reducerea traumei intraoperatorii a suprafețelor peritoneale și înlăturarea completă a materialului străin din cavitatea abdominală. (*clasa de recomandare IIb*)

C.2.4.9.3.2. Hernia strangulată.

Caseta 26. Hernia strangulată.

- Herniile strangulate sunt al doilea după frecvența cauza a ocluziei intestinale superioare, reprezentând aproximativ 10-20% din aceasta. (*clasa de recomandare I*)
- Herniile externe, cum ar fi hernia inghinală sau femurală, deseori pot prezenta simptomele de ocluzie intestinală. Herniile femurale sunt predispuse în mod deosebit la strangularea și necroza intestinului datorită dimensiunilor mici ale porților herniare. (*clasa de recomandare I*)
- Herniile interne, inclusiv hernia obturatorie, hernia paraduodenală și hernia a foramenului Winslow, de obicei sunt diagnosticate în timpul laparotomiei, efectuate pe motivul ocluziei intestinale. (*clasa de recomandare IIa*)
- În timpul operației după destrangularea herniei întotdeauna necesită evaluarea viabilității intestinului. Dacă ansa intestinală este viabilă, intestinul este repus în cavitatea peritoneală; dacă necrotizată – este rezecat. Apoi este restabilit defectul herniar al peretelui abdominal. (*clasa de recomandare I*)
- Un caz deosebi reprezintă hernia Richter, dezvoltată cel mai frecvent în asociere cu hernia femurală sau inghinală. În această variantă, doar o porțiune a peretelui intestinului este încarcerată și tranzitul intestinal poate fi păstrat. Ocluzia intestinală completă apare doar dacă mai mult de jumătate din circumferința intestinului este strangulată. (*clasa de recomandare IIa*)
- Pentru mai multe informații vezi PCN-283 „Hernia abdominală strangulată la adult”

C.2.4.9.3.3. Ileusul biliar.

Caseta 27. Ileusul biliar.

- Ca rezultat al inflamației intense și de lungă durată, cauzată de calcul vezicular, se poate dezvolta o fistula între căile biliare și intestinul subțire sau colonul. Cele mai multe fistule se dezvoltă între corpul și fundusul vezicii biliare și duoden. (*clasa de recomandare I*)

- Dacă calculul vezicular are mai mult de 2,5 cm în diametru, acest poate reprezenta un obstacol mecanic pentru tranzitul intestinal, situat mai frecvent în cea mai îngustă porțiune a ileonului terminal, în apropierea valvei ileocecale. (*clasa de recomandare IIa*)
- Complicație este rară, reprezentând rata mai puțin de 6 la 1000 de cazuri de colelitiază și sub 3% din cazurile de ocluzie intestinală. (*clasa de recomandare IIa*)
- Ca regulă, pacientul este în vârstă și prezintă simptome intermitente ale ocluziei (subocluziei) intestinale pe parcursul mai multor zile, timp care calculul treptat se deplasează distal către ileonul terminal. (*clasa de recomandare IIa*)
- Semnele radiologice clasice includ prezența ocluziei intestinale superioare, un calcul vizualizat în afara cadranelor abdominale superioare și aerul în căile biliare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Tratatamentul chirurgical prevede înlăturarea calculului biliar din lumenul intestinului prin enterotomia și rezecția segmentului intestinal ocluzionat dacă sunt evidențieri de necroză ansei intestinale la nivelul inclavării calculului. (*clasa de recomandare I*)
- Decizie referitor la rezolvarea patologiei biliare este dificilă. Argumentele în favoarea dezurii fistulei biliare și colecistectomiei simultane includ posibilitatea reapariției ileusului biliar și a riscului de colangită din cauza refluxului conținutului intestinal infectat în colecist și căile biliare. (*clasa de recomandare IIb*)
- Totodată, când se efectuează operația pe fistula biliară, rata mortalității se dublează comparativ cu înlăturarea simplă a calculului biliar din intestin. Plus la aceasta, incidența a infecțiilor tractului biliar pe termen lung nu a fost suficient de mare pentru a justifica o abordare agresivă la operația inițială. Ca urmare, cu excepția pacienților foarte selectați, colecistectomia nu trebuie efectuată în cadrul operației inițiale pentru ileusul biliar. (*clasa de recomandare IIa*)
- Unii autori recomandă efectuarea dezurii fistulei bilio-digestive și colecistectomiei la a doua operație, mai ales dacă pacientul este de vârstă comparativ tânără. (*clasa de recomandare III*)
- Riscul ileusului biliar recurent este aproximativ 5-10%. Recurențele apar de obicei în 30 de zile de la episodul inițial al ocluziei și sunt cauzate de calculi intraluminali care au fost ratate la operația inițială. De aceea, întreg intestinul subțire inclusiv și duoden trebuie examinat minuțios pentru a exclude posibilitatea prezenței calculului restanți de dimensiuni mari. (*clasa de recomandare III*)

C.2.4.9.3.4. Invaginația.

Caseta 28. Invaginația

- Este o formă de ocluzie, caracterizată prin telescoparea (sau invaginația) unui segment intestinal într-un alt. (*clasa de recomandare I*)
- Deși invaginația se întâlnește mai frecvent la nou-născuți și copii, aproximativ 5% din cazuri apar la adulți. (*clasa de recomandare IIa*)
- 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 telescopază în intestinul cec și colonul ascendent. (*clasa de recomandare IIa*)
- Din punct de vedere morfologic, invaginația este compusă din trei părți componente: tubul intern; tubul mediu; și tubul extern. (*clasa de recomandare I*)
- Invaginația este un exemplu al ocluziei intestinale prin strangulare, în care vascularizarea tubului intern, de obicei, este dereglată. Gradul ischemiei depinde de tensionarea invaginației, care este mai mare în cazul trecerii prin valvula ileocecală. În același timp, invaginația poate fi recunoscută și ca ocluzie intestinală prin

obturare, deoarece tuburile intern și mediu prezintă obstacolul obstructiv pentru pasajul intestinal. (*clasa de recomandare I*)

- Aproximativ 90% din cazurile invaginației la adulți sunt asociate cu procese patologice. Tumorile benigne sau maligne sunt găsite în peste 65% din cazuri, acționând ca punct de producere al invaginației. (*clasa de recomandare I*)
- În perioada postoperatorie după intervențiile chirurgicale abdominale, 20% din invaginații sunt provocate de linia de sutură, 30% - de aderențe și 50% - de tuburile intestinale endoluminale. Invaginația postoperatorie deseori se rezolvă fără intervenție chirurgicală. (*clasa de recomandare IIa*)
- Tabloul clinic la copii este clasic. Debutul acut, dureri colicative și palparea tumorii abdominale prezintă trei simptoame principale. Celelalte semne posibile sunt următoarele: vomă și constipație, sânge și mucus apreciate pe mânășă la tușeul rectal, distensia abdominală și șocul. (*clasa de recomandare I*)
- Semnele radiologice ale invaginației nu sunt specifice. Radiografia panoramică scoate în evidență semnele ocluziei intestinale parțiale sau complete. Ocazional, se observă o formațiune formată din țesuturile moi în formă de cârnați cu densitate mărită, înconjurată de două benzi de aer. (*clasa de recomandare IIa*)
- Metoda principală a diagnosticului radiologic prevede utilizarea contrastului, administrat peroral. Clisma baritată poate fi utilizată numai pentru diagnosticare formelor entero-colice sau colo-colice. (*clasa de recomandare IIb*)
- Recent s-a demonstrat că ultrasonografia poate fi utilă în diagnosticul invaginației intestinale atât în cazuri pediatrice, cât și la adulți. (*clasa de recomandare III*)
- Din cauza incidenței mari a tumorilor, la adulți este recomandată intervenția chirurgicală. Reducerea prin presiunea hidrostatică, care reprezintă standardul de tratament în cazurile pediatrice, nu este indicată. (*clasa de recomandare IIa*)
- Intervenția chirurgicală la adulți rareori se poate limita cu dezinvinarea simplă. De cele mai dese ori este necesară rezecția de intestin. (*clasa de recomandare I*)

C.2.4.9.3.5. Boala Crohn.

Caseta 29. Boala Crohn.

- Ocluzia intestinală este cea mai frecventă indicație pentru intervenția chirurgicală la pacienții cu boală Crohn. Incidența bolii Crohn ca cauza OIS este circa 5%. (*clasa de recomandare IIb*)
- În boală Crohn ocluzia intestinală poate să se dezvolte în două situații diferite. (1) În cazul evoluției acute lumenul intestinal este îngustat printr-un proces inflamator reversibil, care de obicei răspunde la terapia infuzională, decompresia nazogastrică și administrarea corticosteroizilor sau altor medicamente antiinflamatorii. (2) Într-o alta variantă, ocluzia intestinală poate apărea ca rezultatul formării stricturii cicatriciale cronice. Stricturile cronice nu pot fi rezolvate conservativ; și atunci când acestea sunt determinate tratamentul chirurgical nu trebuie întârziat. Ansa intestinală afectată de proces patologic proximal de locul ocluziei nu poate să se dilată, ceea ce creează dificultăți suplimentare pentru diagnosticul radiologic. (*clasa de recomandare I*)

C.2.4.9.3.6. Ocluzia intestinală malignă.

Caseta 30. Ocluzia intestinală malignă.

- Afecțiunile neoplazice reprezintă cauza a 10-20% din episoade ale ocluziei intestinale superioare. (*clasa de recomandare IIa*)
- Ocluzia poate complica procesele neoplazice ai intestinului subțire în mai multe variante clinico-evolutive. (*clasa de recomandare I*)

- Cel mai frecvent tumora primară, cum ar fi adenocarcinom sau limfom, treptat crește în dimensiuni până când lumenul intestinului este obturat. Patologia se evidențiază printr-o simptomatologică respectivă, dependentă de nivelul ocluziei. (*clasa de recomandare I*)
- Alta situația comună reprezintă un pacient care anterior a suferit o intervenție chirurgicală pentru un adenocarcinom gastrointestinal și se adresează cu simptomatologia ocluziei intestinale. Carcinomatoza peritoneală complicată cu ocluzie intestinală se observă mai frecvent după intervențiile chirurgicale efectuate pentru carcinoamele gastrice și pancreatice. (*clasa de recomandare IIa*)
- În carcinoamele de colon și rectul, mai mult de jumătate din cazurile de ocluzie după rezecția tumorii primare sunt cauzate de aderențe și nu de procesul malign recurent. (*clasa de recomandare IIa*)
- Chiar dacă ocluzia intestinală este cauzată de boală malignă diseminată inoperabilă, procedeul paliativ (anastomoza de ocolire sau enterostomie) este posibil de efectuat la 75% dintre pacienți. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4.9.3.7. Enterita de iradiere.

Caseta 31. Enterita de iradiere.

- Leziuni intestinale datorate iradierii generează vasculită și fibroză, care conduc la obstrucție parțială cronică, recurentă a intestinului subțire. (*clasa de recomandare I*)
- În cazul când OI se dezvoltă acut după radioterapia recentă, de obicei este efectiv și suficient tratamentul non-operator, asociat cu administrarea steroizilor. (*clasa de recomandare I*)
- Intervenția chirurgicală este indicată în cazul ocluziei intestinale confirmate, dar este asociată cu un risc crescut. Încercările suturării intestinului schimbat cicatricial pot duce la inflamație cronică și formarea abceselor și fistulelor interintestinale. Incidența dehiscentei liniei de sutură este crescută. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.4.9.4. Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a ocluziei intestinale.

Caseta 32. Complicațiile postoperatorii după rezolvarea chirurgicală a OIS. (clasa de recomandare IIa)

Complicațiile OIS depind de severitatea afecțiunii, etiologia ocluziei, vârsta pacientului, prezența comorbidităților și durata simptomatologiei până la tratament chirurgical definitiv și includ următoarele:

Complicații postoperatorii imediate:

- Hemoragia intraabdominală postoperatorie.
- Sepsis: datorită translocării bacteriilor intestinale de la distrugerea țesuturilor.
- Eviscerația postoperatorie.
- Șocul postoperator.
- Hipotermia postoperatorie.
- Trezirea și detubarea dificilă.
- Aspirația pulmonară cu conținut gastrointestinal.

Complicațiile sistemice.

- Insuficiența cardio-vasculară acută și infarctul miocardic.
- Insuficiența hepato-renală acută.
- Pneumonia: inclusiv prin aspirație pulmonară, asociată cu ventilare pulmonară

îndelungată și/sau nosocomială.

- Tromboza venoasă profundă și complicațiile trombembolice.
- Complicații neurologice postoperatorii.
- Insuficiență multiplă de organ.

Complicațiile abdominale.

- Hemoragia postoperatorie prin tulburări generale ale hemostazei.
- Hemoperitoneum postoperator.
- Dehiscenta suturilor anastomozelor intestinale cu peritonita generalizată.
- Fistula enterocutanată postoperatorie.
- Abcesele intraabdominale.
- Pareza intestinală postoperatorie.
- Ocluzia intestinală postoperatorie precoce.
- Complicații septice și dehiscenta ale plăgilor chirurgicale.
- Sindromul intestinului scurt (ca rezultat rezecțiilor intestinale multiple sau voluminoase).

C.2.4.9.5. Etapa postoperatorie.

Caseta 33. Perioada postoperatorie precoce.

- Reechilibrare hidrosalină și electrolitică a bolnavului până la obținerea unor valori normale a testelor de laborator. (*clasa de recomandare IIa*)
- Administrarea antibioticelor cu spectru larg și metronidazolului pentru tratarea infecției existente sau prevenirea complicațiilor infecțioase postoperatorii. (*clasa de recomandare IIa*)
- Medicație pentru stimularea reluării tranzitului în raport de intervenția suportată. (*clasa de recomandare IIb*)
- Mobilizarea bolnavilor în regim ambulant se recomandă din a doua zi postoperator. (*clasa de recomandare IIa*)
- Reluarea alimentației orale, se va face treptat, după reluarea tranzitului intestinal, adaptată fiecărui caz în parte, întrucât ea poate echilibra bolnavul mult mai bine decât cea parenterală. Ca regulă, pacientul va începe alimentația lichidă în a 2-3-a zi postoperator. (*clasa de recomandare I*)
- Înlăturarea sondei nazogastrice se va efectua după restabilirea pasajului intestinal. (*clasa de recomandare I*)
- Alegerea analgeziei după intervenție chirurgicală actualmente este determinată de către chirurgul operator sau preferințele instituționale. (*clasa de recomandare IIa*)
- Drenurile abdominale sunt înlăturate după restabilirea peristaltismului intestinal și emisiei de gaze, sau peste câteva zile, când debitul eliminărilor seroase nepatologice scade până la un volum minimal (mai puțin de 50 ml/ 24 ore). (*clasa de recomandare III*)
- Pacienții pot fi externați peste 5-10 zile, în funcție de starea generală, eficacitatea tratamentului administrat, procedeul operator utilizat, evoluția postoperatorie și prezența complicațiilor. (*clasa de recomandare III*)

Caseta 34. Criteriile de externare.

- Normalizarea stării generale și a mobilității pacientului. (*clasa de recomandare I*)
- Restabilirea pasajului intestinal. (*clasa de recomandare I*)
- Lipsa febrei. (*clasa de recomandare I*)
- Lipsa complicațiilor postoperatorii. (*clasa de recomandare I*)

- Necesitatea doar în medicație perorală (inclusiv analgezice). (*clasa de recomandare IIa*)
- Plăgile postoperatorii sunt în curs de vindecare. (*clasa de recomandare IIa*)

C.2.5. Prognosticul.

Caseta 35. Prognosticul

- În cazul diagnosticului oportun și tratamentului corect, prognosticul al OIS este favorabil. (*clasa de recomandare I*)
- La pacienții operați pentru OIS de origine malignă riscul morbidității și a mortalității este mai înalt. Într-un studiu retrospectiv s-a demonstrat că bolnavii cu OI malignă au avut rată mortalității 14,5% și rată complicațiilor 32,2%. Factorii de risc ai prognosticului nefavorabil au inclus boala diseminată, vârsta înaintată, scorul Societății Americane de Anesteziologi (ASA) IV-V, precum și prezența sepsis-ului, nivelul albuminei sub 35 g/l, hematocrit sub 30%, ciroză hepatică, ascită și infecții ale tractului urinar. (*clasa de recomandare IIa*)
- OI complete tratate cu succes non-operator au o incidență de recurență mai înaltă, decât cele tratate chirurgical. (*clasa de recomandare III*)

C.2.6. Profilaxia.

Caseta 36. 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.2.7. Supravegherea pacienților

Caseta 37. 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.

- Efectuează tratamentul conservator al complicațiilor survenite postoperator în cazul pacienților operați (hematom, serom, supurarea plăgii, durere postoperatorie). (*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

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none">• Medic de familie.• Asistenta medicului de familie.• Medic laborant.• Medic funcționalist (CMF).
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• Spasmolitice (Papaverini hydrochloridum, Plathyphyllini hydrotartras, Drotaverinum).• Preparate prokinetice (Metoclopramidum etc., pentru administrare parenterală).• Preparate antacide (Aluminii hydroxidum, Magnesii hydroxidum etc., pentru administrare enterală).• H₂-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală).• Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolom etc., pentru administrare enterală).
D.2. Subdiviziunile serviciului prespitalicesc de Asistență Medicală Urgentă	Personal: <ul style="list-style-type: none">• Medic de urgență.• Asistenți/felceri de urgență.
	Aparate, utilaj: <ul style="list-style-type: none">• ECG.• Pulsoximetru.• Glucometru.• Aparat pentru oxigenoterapie.• Ventilator.
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• Preparate pentru compensare volemică (cristaloizi – Sol. Natrii chloridum 0,9%; Sol. Natrii chloridum + Kalii chloridum + Calcii chloridum (Ringer))• Preparate antihistaminice (Diphenhydraminum)• Agenti inotropi (Dopaminum, Dobutamină)
D.3. Instituțiile /secțiile de asistență medicală	Personal: <ul style="list-style-type: none">• Medic de familie.• Chirurg.• Asistenta medicului de familie.• Asistenta chirurgului.

<i>specializată de ambulator</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Medic laborant. • Renthgen-laborant.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • USG. • Cabinet radiologic. • Instrumente pentru examen radiologic. • Laborator clinic și bacteriologic standard.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spasmolitice (Papaverini hydrochloridum, Plathyphyllini hydrotartras, Drotaverinum). • Preparate prokinetice (Metoclopramidum etc., pentru administrare parenterală). • Preparate antacide (Aluminii hydroxidum, Magnesii hydroxidum etc., pentru administrare enterală). • H₂-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală). • Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolom etc., pentru administrare enterală).
<i>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții de chirurgie</i>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurg. • Terapeut. • Anesteziolog. • Medic imagist. • Medic endoscopist. • Asistent al anesteziologului. • Asistenta chirurgului. • Medic laborant. • Renthgen-laborant.
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • USG. • Cabinet radiologic. • CT. • Cabinet endoscopic dotat cu fibrogastroduodenoscop și duodenoscop. • Cabinet endoscopic. • Instrumente pentru examen radiologic. • Laborator clinic și bacteriologic standard.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sol. Lidocaini hydrochloridum 10%, 2%.

	<ul style="list-style-type: none"> • Spasmolitice (Papaverini hydrochloridum, Plathyphyllini hydrotartras, Drotaverinum). • Preparate prokinetice (Metoclopramidum etc., pentru administrare parenterală). • Cefalosporine (Cefuroximum, Ceftazidim etc., pentru administrare parenterală). • Preparate antiinflamatorii (Sol. Diclofenacum natricum 3,0, Sup. Diclofenacum natricum 100 mg). • Preparate analgetice neopioide (Sol. Dexketoprofenum, Sol. Ketoprofenum). • Preparate analgetice opioide (Sol. Tramadolium 100 mg. Sol. Morphinum 1%-1,0, Sol. Trimeperidinum 2%-1,0). • H₂-histaminoblocante (Famotidinum etc., pentru administrare enterală). • Inhibitorii pompei protonice (Omeprazolium etc., pentru administrare enterală). • Preparate antihistaminice (Difenhidraminum etc., pentru administrare parenterală). • Preparate de sânge (Plasmă proaspăt congelată, Concentrat eritocitar, Albuminum – pentru administrare parenterală). • Soluții coloidale și cristaloide (sol. Dextranum 40, sol. Clorură de sodiu 0,9%, sol. Glucosum 5-10%, pentru administrare parenterală). • Vasodilatatoare (Sol. Magensii sulfas 25% etc., pentru administrare parenterală). • Cardiot stimulante (Dopaminum, etc., pentru administrare parenterală).
--	---

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 PCN <i>Ocluzia intestinală superioară la adult</i> , pe parcursul unui an.	Numărul de pacienți cu OIS care au beneficiat de tratament adecvat în termeni optimali conform recomandărilor din PCN <i>Ocluzia intestinală superioară 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.

GHIDUL PACIENTULUI CU OIS

GENERALITĂȚI

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.

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 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 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.

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.

Volvulus este torsiunea ansei intestinale în jurul unui ax cu cel puțin la 180°, format de bride sau aderente infalatorii, favorizată 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.

CAUZE

Cauzele OIS sunt variate și presupun intervenția unor mecanisme foarte diverse:

Ocluziile intestinale prin obturare pot apare prin:

- Leziuni intramurale intestinale, care pot fi: congenitale (atrezii, stenoze, bride, malrotații), leziuni inflamatorii nespecifice sau specifice (boala Crohn, tuberculoza), leziuni traumatice sau postoperatorii (hematoame intraparietale, aderențe postoperatorii), prin tumori benigne sau maligne, sau stenoze de iradiere.
- Corpi străini intralumenali reprezentați de calculi biliari, enteroliți, conglomerat de bariu sulfat, bezoari, ghem de paraziți.
- Compresiuni extrinseci ale lumenului intestinal produse de tumori abdominale sau retroperitoneale, de bride (postoperatorii, posttraumatice, inflamatorii sau congenitale ca în cazul diverticulului Meckel), peritonita localizată (abes intraabdominal).

Ocluziile intestinale prin strangulare afectează vascularizarea ansei intestinului subțire și se produc prin:

- Volvulus – este torsiunea ansei intestinale în jurul unui ax cu cel puțin la 180°, format de bride sau aderente infalatorii, favorizată de anomalii de rotație, proceselor concomitente (polipi, tumori) sau de existența unui mezou lung.
- Invaginație indică telescoparea segmentului cranial al intestinului în cel caudal, cu implicarea mezoului, ca urmare a unei hiperperistaltici intestinale produsă de diverse cauze: infecții, intoxicații, stări alergice, iritația nervilor locali, adenopatie mezenterică, ascarizi, polipi, diverticul Meckel.
- Strangularea lumenului intestinal și a unei porțiuni din mezou, în diverse defecte parietale externe (herniile peretelui abdominal) sau strangulări interne (în fosete peritoneale, paraduodenale sau parasigmoidiene, hiatusul Winslow, breșe mezenterice postoperatorii sau traumatice, rupturi de diafragma, orificiul Morgagni-Larrey și Bochdalek).

Ocluziile intestinale dinamice sau funcționale se dezvoltă din diferite cauze, și se manifestă prin paralizie sau spasmare a musculaturii intestinale netede, fără existența unui obstacol. Pot fi produse prin:

- Traumatisme diverse: cranio-cerebrale, toracice, abdominale, fracturi costale, intervenții chirurgicale majore.
- Procese inflamatorii abdominale (peritonite, abcese, apendicită sau colecistită distructivă, pancreatită acută severă, etc.), retroperitoneale (flegmoane, abcese), toracice (abcese, pneumonii, pleurezii) sau generalizate (sepsis).
- Afecțiuni vasculare: tromboza portală, ischemia mezenterică arterială sau venoasă, flebita venei cave inferioare, rupturi de anevrisme aortei abdominale, etc.
- Tulburări metabolice, ce duc la dezechilibre hidro-electrolitice, azotemie, carente de acid pantotenic sau tiamina, hipoxie, porfirinemie, cetoacidoza diabetică, deshidratare, etc.
- Intoxicații profesionale, toxicomania și droguri cu acțiune atropinică sau antirezerpinică.

SIMPTOME

- 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.
- 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.

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.

- Durerea abdominală este cel mai constant semn (100%) al ocluziei intestinale.
- 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.
- 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.
- Durerea surdă, continuă, cu distensie treptată, care durează ore sau zile, este observată în ocluzia funcțională paralică.
- 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 epigastru sau în regiunea periombilicală. În caz de ocluzie provocată de aderențe durerea inițial poate fi localizată în orice zona a abdomenului.

Vomele.

- Vomele prezintă un semn mai puțin constant (60-80%), decât durerea și constituie al doilea semn caracteristic al OI superioare.
- Vomele sunt precedate și însoțite de semne de stază intestinală, greață, sughiț și eructații.
- 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.
- Vomele sunt frecvente și abundente în ocluziile intestinale superioare, și mai puțin caracteristice – în cele inferioare.
- În ocluzia intestinală caracterul masei 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”.
- Vomele sanguinolente sunt indicatorul de un pronostic deosebit de grav, sugerând o ocluzie prin strangulare.

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.
- 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”.
- Absența tranzitului intestinal și defecației nu este întotdeauna evidentă și în fazele inițiale ale bolii și în ocluziile intestinale parțiale.

Distensia abdominală.

- Distensia abdominală în cazul ocluzia intestinală superioară este prezentă în aproximativ 60% din cazuri.
- Distensia abdominală apare brusc în cazul OI mecanice, inițial se localizează periombilical și generalizează rapid.
- În strangulările interne și volvulus intestinal distensia abdominală se produce brusc și din start este asimetrică.
- 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.

FACTORI DE RISC

- 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.

REGULI DE URMAT ÎN CAZUL OIS

- În cazul în care persoana suspectează OIS este necesar de contactat imediat serviciul AMU pentru a fi internat în spital sau de a se adresa la medicul de familie.

STILUL DE VIAȚĂ DUPĂ INTERVENȚIE CHIRURGICALĂ PENTRU OIS

- În prima lună după intervenția chirurgicală din dieta pacientului se vor elimina complet carbohidrații ușor digerabili (produse de patiserie, produse fabricate din făină de grâu, zahăr, miere de albine, unele fructe, maioneza, ciocolata, băuturi acidulate), produsele picante, grase, prăjite și alimentele condimentate precum și alcoolul. Nutriția ar trebui să fie fracționată și regulată (de 4-6 ori pe zi). Noile produse sunt introduse în dietă treptat, cu permisiunea medicului. Eliminarea restricțiilor alimentare este posibilă în 30-40 de zile, în conformitate cu recomandările gastroenterologului.
- Aproximativ două luni după intervenția chirurgicală este necesară limitarea efortului fizic.

Anexa 2

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.		OO:MM sau 9 = nu se cunoaște	
11.	Departamentul în care s-a făcut internarea	1	Secția de chirurgie
		2	Secția de profil general
		3	Secția de terapie intensivă
		4	Alte
DIAGNOSTIC			
12.	Locul stabilirii diagnosticului	1	AMP
		2	AMU
		3	Secția consultativă
		4	Spital
		5	Instituție medicală privată
13.	Investigații imagistice	1	Nu
		2	Da
		9	Nu se cunoaște
ISTORICUL PACIENTULUI			

14.	Prezența litiazei biliare	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
15.	Prezența patologiilor asociate	1	Nu	
		2	Da	
		9	Nu se cunoaște	
PREGĂTIRE PREOPERATORIE				
16.	Pregătirea preoperatorie a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
17.	Timpul efectuării pregătirii preoperatorii	OO:MM sau 9 = nu se cunoaște		
INTERVENȚIA CHIRURGICALĂ				
19.	Intervenția chirurgicală a fost efectuată în spital	1	Nu	
		2	Da	
20.	Data efectuării intervenției chirurgicale	ZZ/LL/AAAA		
21.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM		
22.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM		
23.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM		
24.	Operația efectuată în mod	Urgent		
		Urgent-amânat		
		Programat		
25.	Tipul anesteziei	Generală		
EXTERNARE ȘI TRATAMENT				
26.	Data externării	(ZZ/LL/AAAA)		
27.	Data transferului interspitalicesc	(ZZ/LL/AAAA)		
28.	Data decesului	(ZZ/LL/AAAA)		
29.	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	

BIBLIOGRAFIE:

1. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. Editura medicală București, 2003: p.2168-2184.
2. Debas HT. Gastrointestinal surgery: pathophysiology and management. New York: Springer-Verlag; 2004. p.248-255.
3. Diaz JJ, Bokhari F, Mowery NT, Acosta JA, Block EF, Bromberg WJ, Collier BR, Cullinane DC, Dwyer KM, Griffen MM, Mayberry JC, Jerome R. Guidelines for management of small bowel obstruction. J Trauma. 2008;64(6):1651-1664.
4. Di Saverio S, Coccolini F, Galati M, Smerieri N, Biffi WL, Ansaloni L, et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg. 2013; 15(6):510-524.
5. Duron JJ, Silva NJ, du Montcel ST, Berger A, Muscari F, Hennes H, et al. Adhesive postoperative small bowel obstruction: incidence and risk factors of recurrence after surgical treatment: a multicenter prospective study. Ann Surg. 2006;244(5):750-757.

6. Farinella E, Cirocchi R, La Mura F, Morelli U, Cattorini L, Delmonaco P, et al. Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction. *World J Emerg Surg.* 2009;4(3):130-140.
7. Harris EA, Kelly AW, Pockaj BA, Heppell J, Hentz JG, Kelly KA. Reoperation on the abdomen encased in adhesions. *Am J Surg.* 2002;184(6):499-504.
8. Jackson PG, Raiji MT. Evaluation and management of intestinal obstruction. *Am Fam Physician.* 2011;83(2):159-165.
9. Maloman E, Gladun N, Ungureanu S, Lepădatu C. Diagnosticul și tratamentul ocluziei intestinale acute. *Arta medica.* 2007;6(27):56-71.
10. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, Pararas N, Tzertzemelis D, Giannopoulos P, et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. *World J Gastroenterol.* 2007;13(3):432-437.
11. Maung AA, Johnson DC, Piper GL, Barbosa RR, Rowell SE, Bokhari F, et al; Eastern Association for the Surgery of Trauma. Evaluation and management of small-bowel obstruction: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(5 Suppl 4):S362-369.
12. Scott-Conner C, Chassin J. Enterolysis for intestinal obstruction. In: Chassin's operative strategy in general surgery. 4th ed. New York: Springer; 2014. p.403-407.
13. Silen W. Acute intestinal obstruction. In: Cope's early diagnosis of the acute abdomen. 17th ed. New York: Oxford University Press; 1987. p.153-190.
14. Taylor MR, Lalani N. Adult small bowel obstruction. *Acad Emerg Med.* 2013;20(6):528-544.