

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ИНТЕСТИНАЛНА ОПСТРУКЦИЈА, ПАРАЛИТИЧКИ ИЛЕУС И ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдо-опструкција по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при интестинална опструкција, паралитички илеус и псевдоопструкција („Службен весник на Република Македонија“ бр. 50/14)..

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2354/1

27 февруари 2015 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

ИНТЕСТИНАЛНА ОПСТРУКЦИЈА, ПАРАЛИТИЧКИ ИЛЕУС И ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА

МЗД Упатства
30.12.2013 • Последна промена на 30.12.2013

Jyrki Mäkelä

- Основни правила
- Етиологија
- Симптоми и знаци
- Испитувања
- Третман

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Идентификувајте и третирајте механички илеус веднаш. Третманот на странгулациите е особено ургентен, видете акутен абдомен.
- Кај паралитичен илеус почнете со конзервативен третман што поскоро.
- Третирајте псевдо-опструкција со отстранување на гас или со неостигмин.

ЕТИОЛОГИЈА

Механичка опструкција

- Адхезии по абдоминални операции.
- Тумор во ГИТ (особено колоректален карцином).
- Инкарцерирана хернија.
- Дивертикулит.
- Волвулус.
- Инфламаторна стриктура (Кронова болест, рекурентен дивертикулит).
- Инвагинација.
- Фекална импакција (често), безоар предизвикан од храна, билијарен калкул (ретко).
- Странгулација (ротација на цревата ја стопира локалната циркулација).

Паралитички илеус

- По операција, делумна парализа
 - Современ став е да се започне ентерална нутриција бргу по операцијата.
- Тешка системска болест (пр. инфекција, посебно септикемија).
- Тешка травма.
- Перзистентна констипација кај постарите може да ги има карактеристиките и на механичка опструкција и на паралитички илеус.
- Возможни етиолошки фактори се: труење, невролошки болести и метаболни нарушувања.

ПСЕВДО-ОПСТРУКЦИЈА НА КОЛОН (SINDROMA OGILVIE)

- Впечатлива дилатација и аерација на дебелото црево (мегаколон), може да биде асоцирана со која било болест која ја афектира општата состојба, операција или медикамент што го супримира интестиналниот мотилитет. Нема септички симптоми што сугерираат токсичен мегаколон.

СИМПТОМИ И ЗНАЦИ

Механичка опструкција

- Коликообразна абдоминална болка, на почетокот пароксизмална.
- Кај странгулацијата, болката станува континуирана, општата состојба на пациентот последователно се влошува и се развиваат симптоми на перитонеална дразба.
- Повраќањето е ран симптом кај проксималните опструкции, а доцен или отсутен кај опструкција на колон.
- Абдоминалната дистензија е маркантна кај опструкција на колон.
- Во фазата на колика, перисталтиката е забрзана и засилена.
- Подоцна, во фазата на илеус, цревната перисталтика е нечујна.

Паралитички илеус

- Се губи цревниот мотилитет (нема дефекација, нема гасови).
- Абдоменот се дистендира.
- Отсутна перисталтика.
- Понекогаш може да се чуе „преточување“, ако стомакот се поттурне од една страна на друга страна, додека пациентот лежи на грб.
- Нема болка или доколку има, таа е блага и дифузна, не коликообразна.

Псевдо-опструкција на колон

- Абдоменот е дистендиран, нема перисталтика, болката е блага.
- На нативната граfiја на абдоменот, колонот е дистендиран по цела негова должина без знаци на опструкција. Јасно инфективните симптоми укажуваат на токсичен мегаколон, кој, вообичаено, треба да се оперира ургентно.

ИСПИТУВАЊА

- Аускултирајте цревна перисталтика и палпирајте го абдоменот повторувачки (опсервирајте осетливост и претакање).
- Секогаш кога треба да се направи нативна граfiја на абдоменот, пациентот треба да е исправен или во декубитус положба (доколку е во лоша општа состојба).
 - Дистендирани, полни со воздух цревни вијуги или хидроаерични нивоа, ја потврдуваат дијагнозата и даваат увид во нивото на опструкција.
 - Голема количина на импактиран фецес често пати се гледа на нативната граfiја.
 - Секогаш барајте слободен воздух во абдоминалната празнина (под дијафрагмата на снимка во исправена положба). Детектиран слободен воздух е индикација за итна хируршка консултација.
- Кај паралитички илеус, доколку причината не е евидентна, спроведете тестови коишто би посочиле на постоењето на инфекција (CRP). Имајте ги на ум абдоминалните инфекции (панкреатит, холецистит).
- КТ на абдомен со контраст изведен во болнички услови помага во разликувањето помеѓу парцијална и потполна опструкција. Гастрографин ја стимулира перисталтиката и може да ја разреши парцијалната опструкција.

ТРЕТМАН

Избор на местото за третман

- Доколку постои сомневање за интестинална опструкција или илеус, пациентот треба да се евалуира во болница, со исклучок на констипацијата која може да се решава и амбулантски.
- Пациенти во добра општа состојба со паралитички илеус или лесна механичка опструкција можат да се третираат во установите од секундарна здравствена заштита, доколку етиологијата е позната (стари атхезии, констипација).

- Пациент со болна опструкција треба да се упати на хируршко одделение. Особено е важно препознавањето на странгулацијата, којашто може да предизвика перфорација на некротичното црево.
- Индикација за операција: високо сомнение за странгулација, волвулус, неразрешена интестинална опструкција, како и радиолошки наоди што побаруваат операција.

Флуидотерапија

- И механичкиот и параличкиот илеус се асоцирани со ретенција на течности во цревод и (во тешки случаи) во перитонеалната шуплина и резултираат со дехидратација и со губиток на соли.
 - Инфузија на изотоничен физиолошки раствор, иницијално 2000-4000 мл, потоа дозирано според циркулацијата, диурезата, знаците за дехидратација, серумските нивоа на натриум и калиум.

Празнење на цревод

- Кај паралички илеус да не се дава перорално течност и храна, се додека опструкцијата не се повлече или додека не се воспостави цревниот мотилитет или да се јави чујна перисталтика.
- Назогастричната сонда е корисна кај проксимална опструкција, но не е неопходна кај паралички илеус, доколку пациентот не повраќа.
- Изпразнете го цревод и отстранете го гасот со црево за ветрови, доколку абдоменот е дистендиран.
- Третманот на псевдо-опструкција на колонот се состои од декомпресија на колонот со црево за ветрови или, доколку е потребно, со сукција со колоноскоп (или сигмоидоскоп).
- 2 mg неостигмин интравенски е ефективен (ннд¹ - В), но треба да се внимава на третманот на евентуална брадикардија (чувајте атропин на дофат).
- Хируршкиот третман е контраиндициран кај псевдо-опструкцијата.

Каузален третман

- На пример, третман на инфекција кај паралички илеус.
- Индикации за хируршко лекување на механичка опструкција: претечка странгулација, инкарцерирана хернија, радиолошки потврдена потполна опструкција, примарна болест која бара хируршко лекување (опструирачки тумор).

Автор: Jyrki Mäkelä Последен преглед за ажурирање 30.12.2013 • Последна промена 30.12.2013
Article ID: ebm00196 (008.081) © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 30.12.2013 www.ebm-guidelines.com

2.Упатството треба да се ажурира еднаш на 3 години.

3.Предвидено е следно ажурирање до 2016 година.

Ажурирал: Проф. д-р Миле Петровски

Координатор: Проф. д-р Катица Зафировска

¹ ннд – ниво на доказ