

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА

«Общей хирургии имени профессора М.И. Гильмана»

Рецензия ДМН профессора кафедры Общей хирургии имени профессора М.И. Гильмана на реферат ординатора первого года обучения специальности «Общая хирургия» Колотюк Натальи Евгеньевны по теме: «Острая кишечная непроходимость».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности «Общая хирургия»:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная

Комментарии рецензента: тема реферата актуальная, проблематика вопроса освещена с позиции разных отделов медицины.

Дата: 25. 11. 18г

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

«Кафедра общей хирургии им. Профессора М.И. Гильмана»

Реферат

На тему «Острая кишечная непроходимость»

Выполнила: ординатор 1 года Колотюк Н.Е.

Проверил: ДМН, профессор Петрушко С.И.

Красноярск , 2018г.

Содержание

1. Введение
2. Определения и понятия
3. Этиология и патогенез
4. Классификация
5. Клиническая картина
6. Диагностика
7. Определение степени тяжести
8. Лечение
9. Список использованной литературы

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Острая кишечная непроходимость (ОКН) - синдромная категория, объединяющая осложненное течение различных по этиологии заболеваний и патологических процессов, которые формируют морфологический субстрат ОКН.

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. По морфофункциональным признакам:

А) Динамическая (функциональная) кишечная непроходимость — нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого:

Паралитическая кишечная непроходимость;

Спастическая кишечная непроходимость;

Б) Механическая кишечная непроходимость — окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение кишечного транзита:

Странгуляционная кишечная непроходимость (лат. strangulatio — «удушение») — возникает при сдавлении брыжейки кишки, что приводит к нарушению питания. Классическими примерами странгуляционной кишечной непроходимости являются заворот, узлообразование и ущемление.

Обтурационная кишечная непроходимость (лат. obturatio — «закупорка») — возникает при механическом препятствии продвижению кишечного содержимого:

- внутрикишечная без связи со стенкой кишки — причиной могут быть крупные желчные камни, попавшие в просвет кишки через внутренний желчный свищ, каловые камни, гельминты, инородные тела;

- внутрикишечная, исходящая из стенки кишки — опухоли, рубцовые стенозы;

- внекишечная — опухоль, кисты;

Смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и обтурации):

инвагинационная кишечная непроходимость как результат [инвагинации](#);

спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счёт сдавления кишечника [спайками](#) брюшной полости.

2. **По клиническому течению:** острая и хроническая;
3. **По уровню непроходимости:** высокая (тонкокишечная, проксимальнее связки [Трейца](#)) и низкая (толстокишечная, дистальнее связки Трейца);
4. **По пассажу химуса:** полная и частичная;
5. **По происхождению:** врождённая и приобретённая.

Оказание экстренной медицинской помощи больным с ОКН в хирургическом стационаре.

Всех больных, поступающих в ОСМП с диагнозом ОКН сразу делят на две группы:

«Тяжёлые» - пациенты с признаками органических дисфункций и/или перитонита (**I группа**). При наличии признаков распространённого перитонита и/или нестабильной гемодинамики ($АД \leq 100$) и/или одышки ($ЧДД \geq 20$) пациент, минуя ОСМП, направляется для дальнейшего лечения и обследования в ОРИТ. Пациентам I группы показано проведение интенсивной предоперационной подготовки с постановкой катетера в магистральную вену и выполнение экстренного оперативного вмешательства в течение первых двух часов после поступления в стационар.

При отсутствии показаний к экстренной операции (перитонит, странгуляционная ОКН) дальнейшее обследование проводится в условиях ОРИТ по нижеизложенной схеме.

Все остальные пациенты попадают в группу **«нетяжёлых»** и обследуются в условиях ОСМП. Этим больных следует разделять на 3 потока:

- пациенты со странгуляционной ОКН (заворот, ущемление, узлообразование);
- пациенты с другими видами ОКН (динамическая, смешанная, обтурационная);
- пациенты с обтурационной опухолевой ОКН.

I. Группа больных со странгуляционной кишечной непроходимостью.

1. Критерии диагностики:

- внезапное начало заболевания на фоне полного благополучия;
- интенсивные схваткообразные боли в животе («илеусный крик»);
- неоднократная рвота;
- задержка стула и газов;
- возможен период «мнимого» благополучия;
- нарастающие признаки эндогенной интоксикации (цианоз кожных покровов, холодный липкий пот, тахикардия, олигурия, пониженная температура тела малоподвижность, заостренные черты лица, иногда эйфория).

Сила рекомендаций «D»

2. При объективном обследовании подтвердить диагноз могут следующие признаки:

- асимметрия живота;
- видимые волны перистальтики;
- вздутие живота;
- наличие рубцов на передней, брюшной, стенке.

Сила рекомендаций «D»

3. *Лабораторные исследования:* клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, коагулограмма, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, общий белок, электролиты.

Сила рекомендаций «D»

4. *Инструментальные исследования:* обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ

Сила рекомендаций «D»

5. После выполнения ЭКГ проводится консультация врача-терапевта.

Сила рекомендаций «D»

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в ОСМП в течение 1 часа.

Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после краткой предоперационной подготовки в сроки не более 2 часов после поступления больного.

Больные направляются в операционную сразу из ОСМП.

Сила рекомендаций «D»

Обязательными компонентами предоперационной подготовки наряду с гигиенической подготовкой кожи в области операционного поля являются:

- опорожнение и декомпрессия верхних отделов желудочно-кишечного тракта через желудочный зонд, который сохраняется на период вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации;
- опорожнение мочевого пузыря;
- превентивное парентеральное введение антибиотиков (целесообразно использование аминогликозидов II-III, цефалоспоринов III поколения и метронидазол 100 мл за 30-40 минут до начала операции;

- проведением инфузионной терапии на операционном столе с целью гидратации и коррекции реперфузионного синдрома (внутривенно 1,5 литра растворов кристаллоидов, реамберин 400 мл, [цитофлавин](#) 10 мл в разведении на 400 мл 5% раствора глюкозы.

Сила рекомендаций «D»

II. Группа больных с обтурационной опухолевой кишечной непроходимостью.

Критерии диагностики:

- жалобы на задержку стула и газов;
- вздутие живота;
- тошноту и рвоту;
- отсутствие аппетита в течение длительного срока;
- снижение массы тела в течение последних нескольких месяцев;
- наличие крови, слизи в кале;
- наличие образования в брюшной полости.

Сила рекомендаций «D»

2. При объективном обследовании подтвердить диагноз могут следующие признаки:

- различной степени выраженности вздутие, асимметричность живота;
- при аускультации выслушивается шум плеска;
- пальпация опухоли толстой кишки, особенно у людей с пониженной массой тела.

- обязательно выполнение ректального исследования, которое позволяет сразу поставить диагноз опухоли прямой кишки и определить выраженность стеноза.

Сила рекомендаций «D»

3. Лабораторные исследования: клинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты), биохимический анализ крови (креатинин, мочеви́на, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза), оценка газового состава крови.

Сила рекомендаций «D»

4. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной и грудной полостей, УЗИ брюшной полости и ЭКГ. Все пациенты осматриваются терапевтом.

Рентгеноконтрастное исследование с дачей бариевой взвеси не показано.

Определяющим звеном дооперационной диагностики и, соответственно, выбора тактики лечения, является определение степени компенсации ОКН путём выполнения экстренной фиброколоноскопии (ФКС). Альтернативными методами могут быть виртуальная КТ-колонография и ирригоскопия.

Оптимальным способом подготовки больного к экстренной ФКС является мониторная очистка кишечника (МОК) с помощью аппарата мониторной очистки кишечника (АМОК), позволяющая под контролем внутрикишечного давления максимально эффективно очистить кишку с профилактикой супрастенотических диастатических разрывов.

На этапе подготовки больных к ФКС как путём МОК, так и путём очистительных и сифонных клизм, в большинстве случаев становится

ясен исход консервативных мероприятий и перспективы разрешения ОКН.

Экстренная ФКС решает следующие диагностические и лечебные задачи:

Постановка диагноза с возможностью выполнения биопсии и определения степени опухолевого стеноза.

Стентирование опухоли.

Эндоскопическая реканализация опухоли с бужированием и эндоскопической декомпрессией толстой кишки.

Противопоказаниями к экстренной ФКС являются перитонит, нестабильная гемодинамика больного, признаки органических дисфункций, тяжелая сопутствующая патология.

Сила рекомендаций «D»

Под **декомпенсированными** нарушениями кишечной проходимости подразумевается:

1. Задержка стула и газов более 3 суток;
2. Выраженные рентгенологические признаки кишечной непроходимости (множественные толстокишечные уровни жидкости);
3. Наличие признаков толсто-тонкокишечной непроходимости (рвота застойным содержимым, тонкокишечные уровни жидкости);
4. Выраженный пневматоз толстой кишки при УЗИ- исследовании с перерастянутой правой половиной ободочной кишки;
5. Наличие органических дисфункций в комплексе с клинической картиной ОКН;
6. Отсутствие эффекта от консервативных мероприятий.

Сила рекомендаций «D»

Наличие хотя бы двух признаков (одного из первых пяти и шестого признака) позволяет с большой вероятностью поставить диагноз декомпенсированной ОКН.

Пациентам данной группы (декомпенсированная ОКН) показана предоперационная подготовка в течение 4 часов, так как у большинства из них имеются выраженные водно-электролитные расстройства, после чего они оперируются (не позднее 6 часов после поступления).

После выполнения стандартного объёма обследования в ОСМП, проведения подготовки к ФКС (очистительными клизмами или аппаратом АМОК) и непосредственно после ФКС в большинстве случаев определяется группа больных с субкомпенсированными нарушениями кишечной проходимости.

Под субкомпенсированными нарушениями кишечной проходимости подразумевается:

- отсутствие признаков органических дисфункций;
- пневматоз кишечника или единичные уровни жидкости при рентгенографическом исследовании;
- задержка стула и газов менее 3 суток;
- эффективность консервативной терапии (купирование клинической картины ОКН, наличие стула и газов после очистительных клизм, лечебного и ортоградного лаважа).

Данным пациентам назначается умеренный ортоградный лаваж солевыми слабительными. В течение трёх суток выполняются основные мероприятия, необходимые для максимального точного

дооперационного стадирования опухоли и предоперационной подготовки больного.

Данная группа больных оперируются в дневное время в плановой операционной опытной бригадой.

Особое внимание следует уделять обследованию пациентов с опухолями прямой кишки. В обязательном порядке всем таким больным выполняется МРТ-исследование и ожидаются результаты гистологического заключения.

В случае рецидива ОКН, без наличия результатов вышеперечисленных исследований выполняется симптоматическая операция – выведение двустольной колостомы (открытым или лапароскопическим методом).

Сила рекомендаций «D»

III. Пациенты с другими видами ОКН

1. *Лабораторные исследования:* клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, коагулограмма, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, общий белок, электролиты.
2. *Инструментальные исследования:* обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ,
3. После выполнения ЭКГ проводится консультации врача-терапевта.

Сила рекомендаций «D»

Показания к госпитализации в специализированное отделение стационара:

Для динамического наблюдения пациентов при купировании симптомов странгуляции на догоспитальном этапе или в ОСМП с коротким сроком анамнеза заболевания (менее 6 часов).

Для проведения динамического наблюдения при других формах ОКН

Цель госпитализации в специализированное отделение стационара:

При сомнениях в диагностике ОКН, а также если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаечной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократных операций, показано сочетанное проведение:

- дифференциальной диагностики;
- консервативных лечебных мероприятий по устранению ОКН (до окончательного решения вопроса об операции);
- общесоматической инфузионной терапии, которая служит одновременно и подготовкой к возможной операции.

Протоколы лечебно-диагностических мероприятий в специализированном отделении стационара:

Консервативные мероприятия по устранению ОКН:

- двухсторонняя сакроспинальная блокада на уровне Th5 - Th7;
- постоянная декомпрессия верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный зонд или интестинальный зонд, заведенный при помощи ФГДС;
- интенсивная инфузионная терапия с введением спазмолитических или стимулирующих кишечную моторику препаратов (по показаниям);
- проведение сифонных клизм.

Показаниями к проведению исследований с приемом контраста при ОКН служит спаечная ОКН у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам, без явлений перитонита, с последующей серией рентгеновских снимков (каждые 6-8 часов) для оценки динамики консервативной терапии. Основанием для прекращения серии Rg-грамм является фиксация поступления контраста в толстую кишку.

Неэффективность консервативных мероприятий в течение 12 часов или появление признаков перитонита или органических дисфункций при клинической картине ОКН, является показанием к экстренной операции.

IV. Протоколы хирургической тактики при острой кишечной непроходимости.

Операция по поводу ОКН всегда выполняется под общей анестезией.

На этапе лапаротомии, ревизии, идентификации патоморфологического субстрата непроходимости и определения плана операции обязательно участие в операции самого опытного хирурга дежурной бригады, как правило - ответственного дежурного хирурга.

При любой локализации непроходимости доступ - срединная лапаротомия, при необходимости - с иссечением рубцов и осторожным рассечением спаек при входе в брюшную полость.

Операции по поводу ОКН предусматривают последовательное решение следующих задач:

- установление причины и уровня непроходимости;
- устранение острой кишечной непроходимости;
- определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и показаний к ее резекции;
- установление границ и выполнение резекции измененной кишки;
- определение показаний и способа дренирования кишки;
- санация и дренирование брюшной полости.

Обнаружение зоны непроходимости непосредственно после лапаротомии не освобождает от необходимости систематической ревизии состояния тонкой и толстой кишок на всем их протяжении. Перед ревизией, если позволяет

состояние больного, целесообразно выполнить инфильтрацию корня брыжейки тонкой кишки раствором местного анестетика (100-150 мл 0,25% раствора новокаина или лидокаина). В случае выраженного переполнения кишечных петель содержимым, перед ревизией производится декомпрессия кишки с помощью интестинального зонда.

Устранение непроходимости представляет собой ключевой и наиболее сложный компонент вмешательства. Оно осуществляется наименее травматичным способом с четким определением конкретных показаний к использованию различных методов:

- рассечения спаек;
- резекции измененной кишки;
- устранения заворотов, инвагинаций узлообразований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.
- устранение безоарной или желчно-каменной непроходимости.

В случае желчно-каменной непроходимости энтеротомию следует выполнять проксимальнее места обструкции на 30-40 см ("вверх по течению"). Низведение конкремента категорически противопоказано. Вмешательство на билио-дигестивном свище обычно в экстренном порядке не выполняется.

При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки:

- цвет,
- отечность стенки,
- субсерозные кровоизлияния,
- перистальтика,

- пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов, а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика.

Нежизнеспособная кишка подлежит удалению. При сомнениях в жизнеспособности кишки, особенно на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию или лапароскопию через 12 — 24 часов.

При решении вопроса о границах резекции следует отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 40 - 60 см, и в сторону отводящего отдела ~ 20 - 40 см. Исключение составляют резекции вблизи связки Трейтца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения. При этом обязательно используются контрольные показатели: кровотечение из сосудов стенки при ее пересечении и состояния слизистой оболочки. Возможно, также, использование трансиллюминации, ЛАКК или других объективных Методов оценки кровоснабжения.

Показаниями к дренированию тонкой кишки служат:

- 1 видимое избыточное заполнение содержимым приводящих кишечных петель;
- 2 наличие распространенного перитонита и явлений тяжелого сепсиса;
- 3 обширный спаечный процесс в брюшной полости.

Для диагностики острой спаечной кишечной непроходимости может использоваться диагностическая лапароскопия.

Лапароскопический метод лечения нецелесообразен:

- при декомпенсированной кишечной непроходимости с выраженными нарушениями гомеостаза, при которой требуется назоинтестинальная интубация;
- при признаках портальной гипертензии;
- при распространённом перитоните;

Сила рекомендаций «D»

Протокол хирургической тактики при опухолевой обтурационной кишечной непроходимости.

Современные представления о патогенезе острой толстокишечной непроходимости, энтеральной недостаточности, в частности, и полиорганной недостаточности в целом, позволяют взглянуть на проблему лечения больных с опухолевой ОКН с новых позиций. Острое прекращение пассажа по толстой кишке запускает механизмы формирования синдрома энтеральной недостаточности, который является основой последующей множественной органной дисфункции. Именно поэтому раннее и одномоментное устранение ОКН является приоритетной задачей, решение которой создает необходимые условия для её коррекции.

Оптимальным методом решения этой задачи является интраоперационная декомпрессия и санация тонкой и толстой кишок, которая, по сути, является важным элементом программы интенсивной терапии данной категории больных.

Сила рекомендаций «D»

Эффекты интраоперационной декомпрессии и санации:

1. Одномоментное удаление токсического содержимого, снижение энтерокологенной интоксикации и вероятности бактериальной транслокации.
2. Уменьшение внутрипросветного давления и создание необходимых условий для скорейшей реабилитации интрамуральной гемодинамики.
3. Раннее устранение моторно-эвакуаторных нарушений желудочно-кишечного тракта
4. Создание благоприятных условий для раннего начала энтеральной терапии и нутритивной поддержки
5. Ликвидация внутрибрюшной гипертензии и абдоминального компартмент-синдрома.

Декомпрессия тонкой кишки осуществляется общепринятыми методами, преимущественно с помощью назогастроинтестинальной интубации. На операционном столе, во время проведения резекционного этапа, проводится санация тонкой кишки 5 литрами физиологического раствора с добавлением антиоксидантов и антигипоксантов (цитофлавин 20,0). Если позволяет время, проводится сеанс энтеросорбции в течение одного часа (полифепан или энтеросгель).

Учитывая частоту образования острых «зондовых» язв тонкой кишки после НГИИ, после проведения вышеперечисленных мероприятий рекомендуется извлекать НГИ зонд (кроме абсолютных показаний) и устанавливать силиконовый зонд (ЗКС-15), на 30-40 см дистальнее связки Трейтца. Декомпрессия проксимального отдела тонкой кишки является необходимым и достаточным условием нормализации моторики ЖКТ в раннем послеоперационном периоде.

Сила рекомендаций «D»

Интраоперационная декомпрессия толстой кишки должна быть использована во всех случаях лечения опухолевой кишечной непроходимости. По степени декомпрессии и санации методики анте- и ретроградной декомпрессии и санации являются сопоставимыми. Предпочтение следует отдавать пассивной декомпрессии толстой кишки через место предполагаемого вывода стомы, в случаях симптоматических операций или через колотомию над опухолевым стенозом – при резекционных вмешательствах. Санация толстой кишки – процесс трудоёмкий и доступен высокоспециализированным клиникам.

Сила рекомендаций «D»

Радикальными в онкологическом отношении операциями при опухолях левого фланга ободочной кишки являются левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной и прямой кишки (одно- или двухэтапные) с выполнением высокой перевязки нижней брыжеечной артерии и лимфодиссекцией вдоль её ствола. В случае опухолей правого фланга ободочной кишки – правосторонняя гемиколэктомия с высокой перевязкой подвздошно-ободочной, правой и средней ободочной артерий.

Сила рекомендаций «D»

Для выполнения полноценного объёма оперативного вмешательства необходимо наличие следующих условий:

- в состав операционной бригады должен входить хирург, имеющий специализации по онкологии и колопроктологии;

- техническое и материальное оснащение операционной (электро- и УЗ-оборудование, режущие-сшивающие аппараты, устройства для декомпрессии кишечника)
- состояние пациента, позволяющее перенести запланированный объём вмешательства

В остальных случаях предпочтение следует отдавать эндоскопическим способам декомпрессии толстой кишки и симптоматическим операциям.

Сила рекомендаций «D»

Применительно к вопросам тактики хирургического лечения обозначенных групп больных показано выполнение следующих оперативных пособий.

I группа «тяжелые больные» с или без декомпенсированной ОКН): Объём оперативного вмешательства определяется в зависимости от наличия признаков ПОН. Обычно причиной ПОН является абдоминальный сепсис, причём гипотония во время операции свидетельствует о развитии септического шока. Возможна также декомпенсация тяжёлой сопутствующей патологии у больных старшей возрастной группы. В данной ситуации выполняется симптоматическая операция (наложение двустольного противоестественного заднего прохода или обходного илеотрансверзоанастомоза) с обязательной интраоперационной декомпрессией и санацией тонкой и толстой кишки.

Если отсутствуют признаки органических дисфункций, а гипотония была связана с выраженными водно-электролитными и белковыми расстройствами, которые удалось купировать после интенсивной

предоперационной подготовки, то после декомпрессии и санации кишечника возможно проведение радикального оперативного вмешательства. При левосторонней локализации опухоли выполняется обструктивная резекция кишки. При опухолях прямой кишки, осложнённых ОКН, необходимо ограничиваться симптоматической операцией (наложение двустольного противоестественного заднего прохода), учитывая недообследованность пациентов и современную тактику лечения данного заболевания.

Лапароскопический способ формирования колостомы при декомпенсированной ОКН трудно выполним.

II группа (декомпенсированная ОКН): Выполняется интраоперационная декомпрессия и санация тонкой и толстой кишки и радикальная обструктивная резекция толстой кишки при отсутствии противопоказаний. При опухолях прямой кишки выполняется симптоматическая операция – выведение двустольного противоестественного заднего прохода (сигмостомия, трансверзостомия).

В случае опухолей правого фланга ободочной кишки выполняется правосторонняя гемиколэктомия с первичным илиотрансверзоанастомозом. Операция заканчивается выведением илиостомы в случае тяжёлого сепсиса и септического шока.

Операциями выбора при декомпенсированной левосторонней ОКН – являются радикальные обструктивные резекции.

Наложение первичного анастомоза при декомпенсированной левосторонней ОКН возможно в условиях высокоспециализированных клиник после выполнения декомпрессии и санации тонкой и толстой кишки.

Противопоказаниями обычно являются: признаки органичных дисфункций, гипопротеинемия, перитонит, преклонный возраст пациента, тяжёлая сопутствующая патология, невозможность выполнения декомпрессии толстой кишки.

III группа (субкомпенсированная ОКН): Данным больным выполняются одномоментные оперативные вмешательства в объёме радикальных резекций (при отсутствии противопоказаний к наложению первичного анастомоза).

Сила рекомендаций «D»