

КП № 195 ОПЕРАТИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТЪР ПЕРИТОНИТ

1. Минимален болничен престой – 5 дни

3. КОДОВЕ НА ОСНОВНИ ПРОЦЕДУРИ

Други възстановителни процедури на хранопровод	
30560-00	Възстановяване на езофагеална перфорация
Други ексцизионни процедури на стомах	
30520-00	Локална ексцизия на лезия на стомах <i>Не включва:</i> такава с частична гастректомия (30518 [875])
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-02	Частична проксимална гастректомия с езофаго-гастрална анастомоза
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-00	Частична дистална гастректомия с гастродуоденална анастомоза
Частична гастректомия	
<i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30497 [877], 30503 [878])	
30518-01	Частична дистална гастректомия с гастроеюнална анастомоза
Частична гастректомия след предишна процедура за язвена болест	
<i>Забележка:</i> Изпълнена само при история за предишна гастректомия, ваготомия или подобни процедури за пептична язвена болест <i>Не включва:</i> такава със селективна [стволова] ваготомия (30503 [878])	
30503-00	Частична гастректомия с гастродуоденална анастомоза след предишна процедура за язвена болест

Пилоропластика

30375-13 Пилоропластика

Не включва: тази със селективна [стволова] ваготомия (30496-00 [872], 30496-01 [884])

Гастростомия или гастроентеростомия

Не включва: стомашен байпас при болестно напълняване (30512-00 [889])

30515-00 Гастроентеростомия

Включва: гастродуоденостомия

Не включва: такава с:

- панкреатикодуоденектомия (30584-00 [978])
- селективна [стволова] ваготомия (30496-02 [884])

Други възстановителни процедури на стомах

30375-10 Шев на перфорирала язва

Надшиване на:

- дивертикул за перфорирала язва
- перфорирала язва (дуоденална) (стомашна)

Други ексцизионни процедури на тънко черво

30580-00 Ексцизия на лезия на дванадесетопръстник

Включва: такава с изследване

Не включва: такава чрез панендоскопия (30478 [1008])

Други процедури на тънки черва

90307-00 Други процедури на тънки черва

Възстановяване на тънки черва

Включва: скосяване на тънки черва

43810-01 Възстановяване на тънки черва с множество анастомози

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ек்சизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ек்சизия на дебело черво с анастомоза

Цецектомия }
Локална ек்சизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело

черво 43816-02 Друго възстановяване на
дебело черво

Колектомия

32003-01 Дясна хемиколектомия с анастомоза

Резекция на колон асценденс, флексура хепатика и част от колон трансверзум
(дясна хемиколектомия) с анастомоза

Колектомия

32005-00 Субтотална колектомия с анастомоза

Включва: резекция на:
• колон асценденс
• колон десценденс

- флексура хепатика
- лиеналис флексура
- колон трансверзум

Колектомия

32006-00 Лява хемиколектомия с анастомоза

Включва: резекция на:

- низходящ } колон
- сигма }

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза

Цецектомия }
 Локална ексцизия на колон } с анастомоза
 Сигмоидоколектомия }
 Сигмоидектомия }
 Включва: резекция на флексура лиеналис

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Колектомия

32012-00 Тотална колектомия с илеоректална анастомоза

Стоми на тънки черва

30515-01 Ентероколомия

Илео-коло анастомоза

Колектомия

32003-00 Ограничена ексцизия на дебело черво с анастомоза

Цецекомия }
Локална ексцизия на колон } с анастомоза
Сигмоидоколектомия }
Сигмоидектомия }

Включва: резекция на флексура лиеналис

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия

Бримкова (loop) илеостомия

Не включва: такава с:

- колектомия, тотална (32009-00 [913])
- проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Резекция на тънко черво

30566-00 Резекция на тънко черво с анастомоза

Ексцизия на Мекелов дивертикул с резекция на тънко черво с анастомоза

Затваряне стома на тънки черва

30562-00 Затваряне на бримкова илеостомия

Затваряне на временна илеостома

30562-01 Затваряне на илеостомия с възстановяване на чревна проходимост без резекция

Не включва: такава след операция на Hartmann (32033-00 [917])
такава при резекция и създаване на илеален резервоар (32060-00 [934])

30562-04 Затваряне стома на тънки черва

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия

Бримкова колостомия

Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Друго възстановяване на дебело черво

30562-02 Затваряне бримка на колостома

Затваряне на временна колостома

Други стоми на дебело черво

30375-28 Временна колостомия
Бримкова колостомия
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Други стоми на дебело черво

30375-04 Друга колостомия
Перманентна колостома
Не включва: такава с ректосигмоидектомия (32030-00 [934])

Стоми на тънки черва

30375-29 Временна илеостомия
Бримкова (loop) илеостомия
Не включва: такава с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])

Стоми на тънки черва

30375-01 Друга ентеростомия
Дуоденостомия
Постоянна
илеостома
Не включва: илеостомия с:
• колектомия, тотална (32009-00 [913])
• проктоколектомия, тотална (32015-00, 32051-01 [936])
Йеюностомия (31462-00, 90306-00 [892])
везикокентрална фистула - 57.83

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Други възстановителни процедури на тънки черва

30375-24 Шев на тънки черва

Друго възстановяване на дебело черво

30375-25 Шев при разкъсване на дебело черво

Апендектомия

30571-00 Апендектомия
Инцидентна апендектомия
Други процедури

Ексцизия на лезия или тъкан на ректум или анус

90341-00 Друга ексцизия на ректална лезия
Ексцизия на периректална лезия или тъкан
Не включва: ендоскопска ректална полипектомия (32078-00, 32081-00 [910], 32087-00, 32093-00 [911])
ексцизия:
• перианална субмукозна (32099-00 [933])
• трансфинктерна (32108-00 [933])

Възстановителни процедури на черен дроб

30422-00 Възстановяване на чернодробно травматично повърхностно разкъсване
Забележка: Изпълнено за малки или умерени травматични лезии на черен дроб [< 10 cm дължина или < 3 cm дълбочина]

Възстановителни процедури на черен дроб

30425-00 Възстановяване на чернодробни дълбоки, множествени, травматични разкъсвания
Включва: дебридман
Забележка: изпълнени при големи травматични лезии на черен дроб [≥ 10 cm дължина или ≥ 3 cm дълбочина] със значително увреждане на чернодробен паренхим

Холецистектомия

30443-00 Холецистектомия

Инцизия на жлъчен мехур, жлъчни пътища или сфинктер на Оди

30454-00 Холедохотомия

Изследване на общ жлъчен канал

Включва: поставяне на тръба [стент]
изваждане на камък

Не включва: тези с:

- холецистектомия (30449-00, 30454-01, 30455-00 [965])
- инцизия на сфинктера на Оди (30458-01 [963])
- изваждане камък на билиарен канал през сфинктера на Оди (30458-03 [963])
- възстановяване на:
 - дуктус панкреатикус (30458-06 [981])
 - сфинктер на Оди (30458-04 [971])

Други ексцизионни порцедури на панкреас или панкреатичен канал

30578-00 Ексцизия на панкреатична лезия или панкреатичен канал

Включва: изследване

Други инцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста

Включва:

апендикула	
рен фоса илиака	
интраабдоминален	
тазов	} абсцес, хематома или киста
Дугласов	
субхепатален	
субфреничен	
перитонит	

Кодирай също когато е направена:

- апендектомия (30571-00 [926])

Не включва: абсцес, хематом или киста на уточнени коремни или тазови локализации, класифицирани другаде (виж Азбучен индекс: Дренаж, абсцес, по локализация; Дренаж, хематом, по локализация; Дренаж, киста, по локализация)

дренаж на:

- интраабдоминален абсцес, хематом или киста:
 - лапароскопски (30394-01 [987])
 - перкутанен (30224-01 [987])
 - Дугласово пространство чрез колпотомия (35572-00 [1280])
- хидатидни кисти на:
 - органи в коремната кухина (30434-02, 30436-02 [1002])
 - черен дроб (30434-00, 30436-00, 30438-00 [955])
 - перитонеум (30434-01, 30436-01 [1002])
- ретроперитонеален абсцес (30402-00, 30224-02 [987])

Други ексцизионни процедури на корем, перитонеум или оментум

<i>Не включва:</i> хистеректомия с ретроперитонеална дисекция (35667-00 [1268])	
30396-00	Дебридман и промивка на перитонеална кухина Промивка при интраперитонеален сепсис <i>Включва:</i> отстраняване на: • чревно съдържимо (например фекални материи) • чужди материали далак матка
Освобождаване на абдоминални сраствания	
∇ 0047	Отделяне на сраствания: • тазови • перитонеални
30378-00	Разделяне на коремни сраствания <i>Включва:</i> поставяне на дълга чревна тръба
Салпингектомия	
Салпингектомия при стерилизация <i>Не включва:</i> такава: • за: • отстраняване на тубарна бременност (35677-05, 35678-01 [1256]) • възстановяване след стерилизация (35697-00 [1253], 35694 [1254]) • с хистеректомия (виж блокове [1268] и [1269])	
35638-09	Лапароскопска салпингектомия,
	едностранна 35713-09 Салпингектомия, едностранна

Изискване: Клиничната пътека се счита за завършена, ако са извършени най – малко две основни оперативни процедури: отстраняване на основния процес и лапаротомия– адхезиолиза (30378-00 Разделяне на коремни сраствания) – перитонеална промивка (лаваж) (30396-00 Дебридман и промивка на перитонеална кухина); - друга лапаротомия (дренаж – интраабдоминален, интраперитонеален)/ (30394-00 Дренаж на интраабдоминален абсцес, хематом или киста) и минимум три диагностични процедури от различни блокове, **посочени в Приложение № 21**, насочени към основната диагноза.

Основна процедура 92191-00 или 92191-01 се осъществява при необходимост и се прилага при диагностициране на COVID-19. Тази процедура се извършва при показания и се отчита като допълнителна диагностична процедура към другите диагностични процедури, посочени във всеки диагностично-лечебен алгоритъм на съответната клинична пътека.

4. УСЛОВИЯ ЗА СКЛЮЧВАНЕ НА ДОГОВОР И ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

Клиничната пътека се изпълнява в клиника/отделение - за лица над 18 години: от

обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

- за лица под 18 години: от обхвата на медицинската специалност "Детска хирургия", осъществявана най-малко на второ ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия";

Дейностите по клиничната пътека могат да се изпълняват в обхвата на медицинската специалност "Хирургия", осъществявана най-малко на първо ниво на компетентност, съгласно медицински стандарт "Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия" само в условия на спешност. В тези случаи дейностите по интензивно лечение следва да отговарят на първо ниво съгласно медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“. Договор при тези условия ЛЗБП може да сключи само в случай, че на територията на населеното място няма друго лечебно заведение, сключило договор по тази КП.

4А. ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НАЛИЧНИ И ФУНКЦИОНИРАЩИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ

Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури чрез договор, вменените като задължителни звена, медицинска апаратура и оборудване, и с друго лечебно заведение за извънболнична или болнична помощ, разположено на територията му и имащо договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура
1. Клиника/отделение по хирургия или Клиника/отделение по детска хирургия
2. Операционен блок/зали
3. ОАИЛ/КАИЛ
4. Клинична лаборатория*
5. Образна диагностика

В случаите, когато ЛЗБП не разполага със собствена клинична лаборатория, то следва да осигури осъществяването на дейност по клинична лаборатория от съответното ниво, по договор със самостоятелна медико-диагностична лаборатория или с клинична лаборатория – структура на друго лечебно заведение. В тези случаи лабораторията, с която е сключен договорът, следва да бъде разположена в една и съща сграда с болницата или в рамките на болницата. С договора задължително се обезпечава 24-часово осъществяване на дейностите по клинична лаборатория за нуждите на структурата по хирургия/детска хирургия.

ЗАДЪЛЖИТЕЛНИ ЗВЕНА, МЕДИЦИНСКА АПАРАТУРА И ОБОРУДВАНЕ, НЕОБХОДИМИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА НА ПЪТЕКАТА, НЕНАЛИЧНИ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ЛЕЧЕБНОТО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА БОЛНИЧНА ПОМОЩ
Лечебното заведение за болнична помощ може да осигури дейността на съответното

задължително звено чрез договор с друго лечебно заведение на територията на населеното място, което отговаря на изискванията за апаратура, оборудване и специалисти за тази КП и има договор с НЗОК.

Задължително звено/медицинска апаратура	
1. Лаборатория (отделение) по клинична патология	
2. Микробиологична лаборатория, на територията на областта	

Скъпоструващи медицински изделия за провеждане на лечение

Ушиватели	НЗОК не заплаща посоченото изделие
Лапароскопски консумативи	НЗОК не заплаща посочените изделия
Сонди за йеюнално хранене	НЗОК не заплаща посочените изделия
Мешове и протезни материали	НЗОК не заплаща посочените изделия
Консумативи за ендоваксистема	НЗОК не заплаща посочените изделия

При диагнози по МКБ 10 рубрики: C15 - C26, C45, C48, C65, C66, C67, C68 и C79, НЗОК заплаща следните скъпоструващи медицински изделия:

- Механичен съшивател;
- Пълнител за механичен съшивател
- Ендоскопски съшивател
- Пълнител за ендоскопски съшивател

4Б. НЕОБХОДИМИ СПЕЦИАЛИСТИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА И ИЗИСКВАНИЯ ЗА ДОПЪЛНИТЕЛНА КВАЛИФИКАЦИЯ.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст над 18 години:

- най-малко шест лекари, от които четирима с придобита медицинска специалност по хирургия.

За осъществяване на диагностичните дейности лечебното заведение, в което има структура по хирургия от второ ниво на компетентност, трябва да разполага и с един лекар с придобита квалификация за извършване на ехография, както и един лекар с придобита квалификация за извършване на горна и долна ендоскопия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

Необходими специалисти за лечение на пациенти на възраст под 18 години:

- Двама лекари със специалност по детска хирургия или лекар със специалност по детска хирургия и лекар със специалност хирургия;

- лекари със специалност по анестезиология и интензивно лечение;
- лекар със специалност по образна диагностика;
- лекар със специалност по клинична лаборатория.

- **При спешни интервенции операциите могат да се извършват и от хирург без специалност детска хирургия.**

При доказано онкологично заболяване пациентът задължително се насочва към Клинична онкологична комисия или Клинична хематологична комисия (съгласно медицински стандарти „Медицинска онкология“ и „Клинична хематология“), осигурена от лечебното заведение чрез договор.

При анамнеза от страна на пациента за алергия се извършва задължителна консултация с лекар със специалност по анестезиология или клинична

алергология.

5. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ

5А. ИНДИКАЦИИ ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Данни за остър хирургичен корем.

5Б. ДИАГНОСТИЧНО-ЛЕЧЕБЕН АЛГОРИТЪМ

Незабавен прием и изготвяне на диагностично-лечебен план.

При подготовка на болния в лечебното заведение:

1. Вземане на биологичен материал за изследвания се извършва в първите 24 часа от хоспитализацията на пациента.

2. Образни изследвания се извършват до 48 часа от началото на хоспитализацията на пациента.

3. Изчисляване на следните скоровите системи за ранна прогноза на тежест и краен изход се извършва:

- Acute Physiology, Age, Chronic Health Evaluation (APACHE) II score - предоперативно при приема на пациента в клиниката/отделението и двукратно следоперативно;
- Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score – предоперативно при приема на пациента в клиниката/отделението и двукратно следоперативно;
- Mannheim Peritonitis Index (MPI) score – в първите 24 часа след операцията на пациента;

Изчисляването на скоровите системи е препоръчително.

3.1. Преди всяко изчисляване на скоровите системи да се извършат следните диагностични процедури :

- ИЗМЕРВАНЕ НА АРТЕРИАЛНИ КРЪВНИ ГАЗОВЕ - (13842-01);
- ИЗСЛЕДВАНЕ НА КРЪВ (включва задължително биохимични изследвания – креатинин (91910-13), урея (91910-14), кр. захар (91910-12), йонограма (91910-41), билирубин -общ и директен (91910-15 и 91910-16) , общ белтък (91910-17), албумин (91910-18), и хематологични изследвания – ПКК (91910-04) и левкограма (91910-05);

3.2.Налични електронни адреси за онлайн калкулация на съответните скорови системи: (не важи за пациенти под 18 г. възраст)

- APACHE II score - <https://www.mdcalc.com/apache-ii-score> ;
- SOFA score - <https://www.mdcalc.com/sequential-organ-failure-assessment-sofa-score> ;
- MPI score - <https://www.soapnote.org/digestive-system/mannheim-peritonitis-index/> ;

Базира се на основните принципи за лечение на перитонита:

1. Ликвидиране на източника на перитонита.
2. Намаляване степента на бактериална контаминация и евакуиране на токсините, цитокините, адювантите и некротичните материали в перитонеалната кухина по време на операцията.
3. Регулиране на чревната дейност.
4. Лечение на резидуалната инфекция - чрез оперативни методи заедно с използването на антибиотични средства. Дренажна техника - поставяне на дренажи в непосредствена близост до източника на перитонита. При разпространен перитонит се

залагат дренажи и на декливните места. Затворен следоперативен перитонеален лаваж, представляващ въвеждане в горният етаж на перитонеалната кухина на промивна течност и евакуацията ѝ от дренажи, разположени в тазовото дъно в продължение на 2 до 5 дни.

5. Поддържане на основните жизнени функции.

При необходимост, се прилагат локални хемостатици.

Медикаментозното лечение в пред- и следоперативния период се определя и зависи от състоянието на пациента и характера на заболяването.

6. ПОСТАВЯНЕ НА ОКОНЧАТЕЛНА ДИАГНОЗА

Окончателната диагноза се поставя след задължителна оперативна интервенция и микробиологично изследване(без задължителен растеж) и хистологична верификация при отстранен орган или част от него.

7. ДЕХОСПИТАЛИЗАЦИЯ И ОПРЕДЕЛЯНЕ НА СЛЕДБОЛНИЧЕН РЕЖИМ.

Медицински критерии за дехоспитализация:

- възстановен чревен пасаж;
- добре зарастваща оперативна рана/травматична рана;
- липса на фебрилитет през последните 24 часа;
- липса на сериозни субективни оплаквания или обективно регистрирани от лекаря отклонения.

8. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ ПО КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА

1. **ХОСПИТАЛИЗАЦИЯТА НА ПАЦИЕНТА** се документира в *“История на заболяването”* (ИЗ) и в част II на *„Направление за хоспитализация/лечение по амбулаторни процедури“* (бл. МЗ - НЗОК № 7).

2. **ПРЕДОПЕРАТИВНА БОЛНИЧНА ДОКУМЕНТАЦИЯ** – включва попълване на лист за *Предоперативна анестезиологична консултация* (Документ №2) и задължителна предоперативна епикриза – документите се оформят съгласно Медицински стандарти *“Анестезия и интензивно лечение”* и *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”*.

3. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕТО:

3.1. Документиране на предоперативни дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

3.2. Документиране на операцията – изготвяне на оперативен протокол (съобразно Медицински стандарти *“Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия и лицево-челюстна хирургия”*).

3.3. Документиране на следоперативните дни в *“История на заболяването”* (ИЗ).

ИНФОРМАЦИЯ ЗА ПАЦИЕНТА (РОДИТЕЛЯ/НАСТОЙНИКА/ПОПЕЧИТЕЛЯ)

ОСТЪР ПЕРИТОНИТ

Острият перитонит е възпалително заболяване на перитонеума (обвивките които покриват коремната кухина и лежащите в нея органи) В напредналите му стадии се характеризира с тежка интоксикация и дълбоки нарушения в микро-циркулацията и тъканния метаболизъм на организма които представляват сериозна опасност за живота на болния. Интраабдоминалния абсцес представлява локалната форма на острия перитонит.

Сред най-честите причини за възникване на остър перитонит са:

1. Остри възпалителни заболявания на коремните органи: остър апендицит, остър холецистит, остър дивертикулит, остър аднексит и др.

2. Перфорация на коремните органи при: язва или рак на стомаха, язва на дванадесетопръстника, перфорации на тънко и дебело черво, перфорации на възпалени апендикс, жлъчен мехур, маточни тръби и др.

3. Травматични наранявания на вътрекоремните органи причинени от закрити и открити травми.

4. Остра чревна непроходимост като: вътрешна или външна чревна странгулация, болестта на Crohn и др.

5. Заболявания на органите в ретроперитонеалното пространство: остър панкреатит, тежък гноен пиелонефрит, паранефрален абсцес и др.

6. Остра съдова недостатъчност на мезентериалното кръвообращение (мезентериална емболия или тромбоза).

7. Хематогенна инфекция предизвикваща стрептококов, пневмококов или туберкулозен перитонит.

8. Течностни контаминации на перитонеалната кухина от стомашно или чревно съдържимо, панкреатичен сок, жлъчка, урина, кръв.

КЛИНИЧНА КАРТИНА

Клиничната картина на острия перитонит е многообразна, разностепенна по изразеност и интензивност и динамична. Най-често срещаните симптоми са:

Болка. Най-ранният, най-честият и най-важният симптом. Установява се при почти всички болни. По локализация болката е в пряка зависимост от източника на перитонита. С обхващането на по-широки зони от перитонеума тя постепенно загубва връзка с източника. По характер в началните стадии болката се определя от първопричината за възникването на перитонита. Т. напр. при перфоративните и травматичните перитонити тя е с остро начало, а при възпалителните то е постепенно. С времето става постоянна, с обхващането на нови зони от перитонеума се отчита като тласъчна, стъпалообразна. По интензитет варира от умерено силна до много силна. С напредване на процеса се забелязва тенденция за отлабването ѝ.

Жаждата е израз на задълбочаващата се дехидратация в организма.

Гаденето и повръщането са с рефлексен характер а в следствие се включва и настъпващата интоксикация и пареза на стомашно-чревния тракт.

Липса на флатуленция и дефекация са късен симптом, независимо, че възпалението оказва паретично въздействие върху стомашно-чревния тракт още в самото начало.

Хълцане е последица на дразнене на диафрагмата от подлежащия възпалителен процес или от механично притискане на п. phrenicus от раздутите черва или стомах.

При прегледа най-често се установява:

Общото състояние е увредено при локалните перитонити и по-леките форми на разпространен перитонит и много тежко увредено с развитието на т.нар. перитонеален сепсис.

Принудително положение в леглото. Болният лежи на гръб, с присвити крака в колената, щади всяко движение и с неохота променя положението на тялото.

Кожата е бледа, леко влажна а с напредване на процеса става студена, с лепкава пот.

Езикът е обложен, сух, понякога с наличие на кафеникаво мръсни налепи.

Подуване на корема. Променя се конфигурацията на корема поради съпътстващата пареза на стомашно-чревния тракт.

Щадене на корема при дишане е сравнително ранен симптом и е по-характерен за разпространения перитонит.

Положителен кашличен симптом - предизвикване на болка вследствие участието на коремната мускулатура в акта на кашлянето.

Положителен симптом на Mendel - наличие на болезненост при повърхностна щадяща перкусия с върховете на пръстите в различни области на коремната стена.

Палпаторна болезненост е симптомът с най-висок процент, установен при физикалното изследване. В редки случаи може да бъде съвсем слабо набелязана.

Наличие на мускулна резистентност - резултат на обхващане на перитонеума от възпалителният процес.

Положителен Blumberg е най-важният симптом за поставянето на диагнозата остър перитонит - еквивалент на индикация за спешна оперативна интервенция.

Смущение в перисталтиката започва още в началото, но клиничната изява се проявява по-късно когато тя се долавя чрез прослушване на чревната перисталтика.

Хемодинамика.

Пулс. Ускорението на пулсовата честота е пряка реакция на смущенията в микроциркулацията и тъканния метаболизъм, както и на неврогенното дразнене на силно чувствителните перитонеални обвивки.

Артериалното налягане варира от нормално до хипотония достигащо в напредналите случаи до хиповолемичен шок.

Централно венозно налягане – в началните стадии то е непроменено, но с развитието на патологичния процес е с тенденция за повишаване.

Телесната температура е повишена а с развитието на септичен корем тя е със септичен характер.

ЛЕЧЕНИЕ

1. Ликвидиране на източника на перитонита.

Оперативният достъп и техниките, използвани за ликвидиране на източника на перитонита, зависят предимно от локализацията и естеството на патологичния процес или травматичната лезия на вътрекоремните органи.

При локалните перитонити достъпа е съобразен с топиката на източника на перитонита, но при разпространен перитонит за предпочитане е срединната лапаротомия предоставяща най-големи удобства за цялостна ревизия на перитонеалната кухина.

Способите целящи ликвидиране източника на перитонита са различни (затварящи, изключващи, ексцизираци, резекционни).

В редица случаи те са в пряка зависимост както от анатомичната особеност на засегнатия орган, техническата възможност за приложение на определения оперативен метод, така и от причината за възникване (възпаление, перфорация, травматична лезия, остра

съдова недостатъчност на мезентериалното кръвообращение, остра чревна непроходимост).

2. Намаляване степента на бактериална контаминация и извършване на т.н перитонеален тоалет по време на операцията се постига чрез:

- аспириране на свободната интраперитонеална течност и ексудата;
- провеждане на "перитонеален debridement";
- провеждане на интраоперативен перитонеален лаваж (при разпространения перитонит) чрез който се улеснява аспирирането на микроорганизмите и техните продукти, некротични фрагменти, жлъчка, малки кръвни съсиреци др.

3. Регулиране на чревната дейност.

Целта на борбата с парезата на стомашно-чревния тракт е да се:

- 1) подобри циркулацията и трофиката на чревната стена, да се подобри или възобнови перисталтиката като се постигне декомпресия чрез евакуиране на стомашното и чревно токсично съдържимо;
- 2) разкъса т.нар. порочен кръг - перитонит-илеус, илеус-перитонит;
- 3) понижи вътрекоремното налягане и подпомогне дихателната, отделителната и сърдечносъдовата системи.

4. Борба с резидуалната инфекция се води чрез оперативни методи заедно с използването на мощни антибиотични средства.

Дренажна техника - поставяне на дренажи в непосредствена близост до източника на перитонита. При разпространен перитонит се залагат дренажи и на декливните места.

Затворен следоперативен перитонеален лаваж. Същността му се състои във въвеждането в горният етаж на перитонеалната кухина на промивна течност и евакуацията ѝ от дренажи, разположени в тазовото дъно в продължение на 2 до 5 дни.

Отворен корем. Перитонеалната кухина се възприема като абсцес с множество джобове което налага тя да се остави отворена за да извършват периодични ревизии.

Планирана релапаротомия с етапен лаваж - метод твърде близък до отворен корем. Хирургичното лечение на този контингент болни е многократен акт, който изисква задължителни периодични, планирани (най-често на 24ч) интервенции и етапен лаваж.

5. Поддържане на основните жизнени функции.

- обемно заместване и регулиране на водно-електролитния баланс;
- корекция на алкално-киселинното равновесие;
- нормализиране на белтъчно-енергетичния баланс;
- корекция на азотния баланс;
- корекция на микроциркулаторните и хемореологични разстройства;
- укрепване на имунната система чрез въвеждане на редица имунореактивни препарати;
- симптоматично лечение на органите от сърдечно-съдовата, дихателната, бъбречната, чернодробната системи и др., витаминотерапия, инхибитори на протеазите, на кининовата система и т.н.