

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 АКУТЕН АБДОМЕН КАЈ ВОЗРАСНИ

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутен абдомен кај возрасни 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 акутен абдомен кај возрасни 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 акутен абдомен („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. 17-2352/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АКУТЕН АБДОМЕН КАЈ ВОЗРАСНИ

МЗД Упатства

27.12.2013 • Последна промена на 27.12.2013

Jyrki Mäkelä

- Основни правила
- Состојби кои бараат итен третман
- Етиологија на акутниот абдомен
- Испитувања
- Итен третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПРАВИЛА

- Решавањето за ургентноста на третманот е поважно од поставувањето на точна дијагноза.
- Прво што треба да се направи е да се реши дали пациентот треба да се врати дома или да се упати на болничко лекување за понатамошни испитувања или итна операција ивентигации.
- Состојбата, често, брзо се влошува и може да бидат загрезени виталните функции.

СОСТОЈБИ КОИ БАРААТ ИТЕН ТРЕТМАН

- Руптура на аневризма на абдоминална аорта
- Перитонитис
 - Не мора да се инсистира на точна предоперативна дијагноза. Таа може да се утврди и интраоперативно. Одложувањето резултира со зголемување на компликациите и mortalitetot. Во нејасни случаи треба да се размислува за примена на КТ на абдомен.
- Интестинална опструкција
 - Суспектна опструкција, придружена со постојана абдоминална болка, може да биде знак за странгулација и треба веднаш да се оперира.
- Абдоминални „катастрофи”
 - Влошување на општата состојба, намалена диуреза и акутна конфузија, сугерираат на абдоминална катастрофа. На пр., кај панкреатитот овие индиректни знаци се поважни од локалните симптоми кои што може да дадат погрешна слика. Да се посвети внимание на можен развој на абдоминална сепса или крвање.
 - Акутна инетстинална исхемија од емболус создаден од атријална фибрилација или како последица на кардијална хирургија. Осетливоста при палпација може да не кореспондира со болката.
- Дехидратација и губиток на електролити
 - Акутниот абдомен може бргу да доведе до дехидратација и губиток на електролити. Потребна е корекција на оваа состојба пред предвидената операција.

ЕТИОЛОГИЈА НА АКУТЕН АБДОМЕН

- Хируршки причини, види Табела 1.
- Гинеколошки причини, види Табела 2.
- Други причини, види Табела 3.

Табела 1. Хируршки причини (дијагностички патокази)

| Причина | Дијагностичка помош |
|---------------------------|---|
| Апендицитис | Честа причина. Лабораториски параметри што сугерираат инфламација се често покачени, но не секогаш во иницијалната фаза. Долга анамнеза е често сврзана со периапендикуларен апсцес. |
| Интестинална опструкција | Хернии, оперативни лузни, суспектен малигном. Почетна ундулирачка болка, развој на странгулација. Суспектна странгулација е индикација за операција. |
| Перфориран пептички улкус | Нагла болка, перитонизам (често први симптоми на болеста). Болката започнува во горен абдомен. |
| Акутен холециститис | Коликообразна болка под десниот ребрен лак, јасна осетливост на палпација, клинички манифестна инфекција. Ултрасонографија. Како напредува холециститот, болката станува константна. Често прв симптом на калкулоза. |
| Акутен панкреатитис | Алкохолизам, калкулоза како можна причина. Амилазата во серум и урина може да биде нормална кај тешките случаи. |
| Мезентеријална тромбоза | Тешко се дијагностицира врз основа на клиничка слика. Потсетува на странгулација. На почетокот нема јасни знаци за перитонит, иако пациентот е тешко болен. Пациентот често има атријални фибрилации или други кардиоваскуларни проблеми. |
| Дивертикулитис на колон | Најчеста локализација е на сигма. Јасна локална осетливост, супфебрилност и зголемени параметри за инфламација. |
| Волвулус | Најчеста локализација е на сигма. Симптоми на интестинална опструкција (ризик од перфорација!) Дијагностичка постапка е нативна РТГ на абдомен. Волвулусот на цекум споро се развива. |
| Торзија на тестис | Тестисот е болен на палпација. Често е присутна болка и осетливост во долниот абдомен. Doppler ултрасонографски преглед. Во нејасни случаи, треба да се направи експлоративна операција. |

Табела 2. Гинеколошки причини (дијагностички патокази)

| Причина | Дијагностичка помош |
|---------------------|---|
| Ектопична бременост | Болката ирадира кон рамото. Уринарните тестови за бременост можат да се негативни, а серумските најчесто позитивни. |
| Болести на овариуми | Овулациска болка, инфекција, руптура или торзија на циста. Етиологијата на долна абдоминална болка често се открива на лапароскопија. |
| Миом | Торзија, некроза, инфекција, крвавење во абдоминалната празнина. |
| Ендометриоза | Менструална болка |

Табела 3. Други причини

| Причина | Пример |
|-----------------------|--|
| Метаболни нарушувања | <ul style="list-style-type: none"> • Дијабетичка кетоацидоза • Порфирија • Хипертриглицеридемија • Хиперпаратироидизам • Уремија • Болни состојби, асоцирани со хематолошки нарушувања • Хемохроматоза • Адисонска криза • Труење со печурки и тешки метали |
| Инфективни причини | <ul style="list-style-type: none"> • Гастроентеритис • Дивертикулитис • Хронични инфламаторни болести на цревата • Хепатитис • Перихепатитис • Мононуклеоза • Херпес зостер • Пиелонефритис • Простатитис, епидидимитис, орхитис • Сепса |
| „Позајмена” болка | <ul style="list-style-type: none"> • Инфаркт на миокард • Перикардитис • Пневмонија • Плеуритис • Инфаркт или емболија на белите дробови • Спонтан пневмоторакс • Срцево попуштање (хепатална стаза) • Ренална калкулоза • Хематом на ректус |
| Имунолошки нарушувања | <ul style="list-style-type: none"> • Ангионеуротичен едем • Polyarteritis nodosa • Henoch–Schönlein пурпура • Хиперсензитивна реакција |

ИСПИТУВАЊА

Анамнеза

- Анализа на болката: основна болест на пациентот, медикаментозна терапија.
- Дали е ова нов, акутен, проблем кај пациентот, или е егзацербација на пролонгиран абдоминален дискомфорт?
 - Акутен почеток може да индицира перфорација. Постепен почеток е типичен за инфламаторна болест, а спор развој на болката сугерира хронична болест како тумор.
- Локализација на болката сугерира на екстензитетот на патолошкиот процес.
 - Панкреатична болка се чувствува во епигастриумот. Болка кон грбот е резултат на зафаќање на целиот панкреас со ретроперитонеална ирадијација. Болката која ирадира кон вратот укажува на иритација на дијафрагмата.
- Неподносливост на храна и појава на болка по оброк
 - Постпрандијална болка е типична за желудочен улкус, честа при холелитијаза, но може да биде предизвикана и од други болести на горниот гастроинтестинален тракт.
- Повраќањето сугерира на опструкција.
 - Повраќањето на храна сугерира на пилорна стеноза.

- Повраќање на жолчка сугерира на опструкција на проксимални тенки црева.
- Повраќање на фецес сугерира на дистална илеална или колон опструкција.
- Проксималната интестинална опструкција предизвикува чести и обилни повраќања.
- Дисталната опструкција предизвикува умерени повраќања или комплетно отсуствуваат, а во клиничката слика доминира дистензија.
- Рефлексното повраќање може да е предизвикано од јака болка. Токсичното повраќање е поврзано со труење и токсемија, предизвикана од инфекција.
- Опстипацијата е често хронична. Промена во навиките за празнење е битен симптом и укажува на органска болест, инфламација или тумор.
- Секогаш прашајте за дијареја, крв и слуз во столицата и болка при дефекација.
- Земете анамнеза за уринарни симптоми: уринарна ретенција, олигурија, боја на урината.

Типови на болка и палпаторен наод

- Болката кај акутен апендицитис прво е дифузна, се преместува и често е локализирана во горниот абдомен. Се чувствува како длабока и тапа околу папокот и придружена е со гадење и повраќање. Како што напредува инфламацијата кон серозата, болката станува париетална (површна, силна и локализирана) и латерализира кон долниот десен квадрант. Паралелно со ова, се јавува и мускулен дефанс.
- Ако апендиксот е перфориран, се развива локализиран или дифузен перитонитис и напнатоста и ригидноста на абдоминалниот ѕид се зголемува.
- Болката во бранови која ритмично се појавува и се губи е типична за болести на цревата, билијарна опструкција или уретрални калкули. Ако болката премине во постојана, можна е странгулација.
 - Странгулацијата се карактеризира со константна болка, јасен мускулен дефанс, треска, зголемени вредности на инфламаторните параметри. Суспектна странгулација е индикација за операција.
- Нагла јака болка е типична за перфориран улкус. Абдоминалниот ѕид станува ригиден кога хемискиот перитонит ќе премине во бактериски. При интестинална перфорација почетокот на болката е постепен, болката најчесто го достигнува максималниот интензитет по еден до два часа.

Клинички преглед

- Општ преглед
 - Срце и бели дробови
 - Крвен притисок
 - Општ невролошки преглед
- Инспекција на абдоменот
 - Рамен или подуен?
 - Оперативни лузни
 - Кожни промени
 - Хернии (видливи или палпабилни)
 - Видлива перисталтика
- Палпација на абдоменот
 - Болна осетливост и точка на максимална болка
 - Абдоминален ѕид (мек или тврд?)
 - Палпабилна маса
 - Места на појава на хернии
 - Асцит
- Палпација на гениталии
 - Хернии
 - Болка или оток на тестисите
 - Хидроцела
- Ректално туше
 - Тумор, крвавење, болна осетливост укажува на анална фисура.
 - Простата: големина, конзистенција, нодуларност.

- Дали има фецес во ректумот? Боја на фецес.
- Аускултација на абдоменот
 - Многу важен преглед.
 - Засилена перисталтика (опструкција), отсутна перисталтика (паралитичен илеус), „преточување” (опструкција).

Лабораториски иследувања

- Од мала важност кај пациент со акутен абдомен
- Крвна слика, CRP, седимент во урина, амлаза, ALT, АЛП и билирубин ако е суспектно постоење на холелитијаза, гликемија и електролити.

Рентгенолошка визуелизација

- Нативна РТГ на абдомен
 - Слободен воздух во абдоминалната празнина (перфорација), дистендирани цревни вијуги (опструкција), хидро-аерични нивоа (илеус).
- Ехо
 - Акутен холециститис, апсцеси, аневризма на аорта, гинеколошки заболувања, слободна течност во абдоминалната празнина.
- Рентгенграфија на граден кош
 - Плеврален излив, перикардитис, срцево попуштање.
- КТ на абдомен е важна за поставување на дијагноза кај интензивна абдоминална болка или во нејасни случаи

EKG

- Секогаш е индицирано кога е суспектна кардијална причина.

ИТЕН ТРЕТМАН

- За време на иницијалната ивентигација да се ординира инфузиона терапија и да се коригираат метаболните пореметувања пред упатување во болница, дури и во случаи кога транспортот е кус.
- Мерење на диуреза.
- Поставување на назогастрична сонда кај пациенти со повраќање.
- Антибиотици од широк спектар треба да се ординираат едновременно со вовед во анестезија при перитонит или кај други инфекции, откако работната дијагноза ќе биде поставена.
- Нарушувањата во балансот на течности и електролити бргу да се корегираат пред операцијата, без нејзино одложување. Како најклучијално во справување со абдоминални катастрофи е да се направи лапароскопија што е можно најрано. Физиолошкиот раствор е инфузиона течност на избор.

ПОВРЗНИ ИЗВОРИ

Кохранови прегледи

- Антибиотиците се ефективни во превенирање на постоперативни компликации по инфекции на перитонеумот (перитонити), но нема докази дека еден третман е посупериорен од друг. (ннд¹-А)
- Доколку постои соодветна опрема и солидно хируршко искуство, дијагностичката лапароскопија и лапароскопска апендектомија (зедно или одделно) дава подобри резултати во споредба со отворената апендектомија (ннд-А)
- Профилактичката антибиотска терапија го намалува процентот на инфекции на раната и на интраабдоминалните апсцеси кај пациенти каде е направена апендектомија (ннд-А)
- Рутинската декомпресија со пласирање на назогастрична сонда по абдоминална операција не го забрзува опоравувањето (ннд-А)

¹ ннд – ниво на доказ

- Употреба на опоидни аналгетици кај пациенти со акутна абдоминална болка е ефективна во намалување на болката и зголекување на комфортоот на пациентите, а воедно не го зголемува ризикот од дијагностичка грешка (ннд-А)

Други поврзани извори

- Карбапенем (имипенем/циластин или меропенем) е ефективна терапија исто како и други комбинација на антибиотици во третманот на интраа-абдоминалните инфекции (ннд-А)

Автор: Jyrki Mäkelä; Претходен автор: Antero Palmu; Последен преглед за ажурирање 27.12.2013 • Последна промена 27.12.2013; Article ID: ebm00185 (008.009); © 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

1.EBM Guidelines 27.12.2013 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