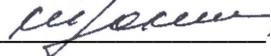


Департамент здравоохранения Владимирской области
Ивановская государственная медицинская академия
Кафедра хирургических болезней ИПО
Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи, г. Владимир

УТВЕРЖДАЮ
Директор ДЗАВО
А. В. Кирюхин 

Э. Г. АБДУЛЛАЕВ В. В. БАБЫШИН А. В. ГУСЕВ

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ

(Протоколы клинических рекомендаций по диагностике
и лечению ОХЗ органов брюшной полости)

Учебно-практическое пособие



Владимир 2015

УДК 617-089
ББК 54.5
А13

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор
директор Учебного научного медицинского центра
Владимирского государственного университета
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых
И. П. Бойко

Доктор медицинских наук, профессор
зав. кафедрой анестезиологии и реанимации ИПО
Ивановской государственной медицинской академии
Ю. А. Новиков

Абдуллаев, Э. Г. Неотложная хирургия (Протоколы клинических рекомендаций по диагностике и лечению ОХЗ органов брюшной полости) : учеб.-практ. пособие / Э. Г. Абдуллаев, В. В. Бабышин, А. В. Гусев ; Департамент здравоохранения Владим. обл. ; Иванов. гос. мед. акад., Каф. хирург. болезней ; Гор. клин. больница скорой мед. помощи, г. Владимир. – Владимир : Изд-во ВлГУ, 2015. – 104 с.
ISBN 978-5-9984-0612-6

В пособии представлены стандарты диагностики и лечения семи острых хирургических заболеваний (ОХЗ) органов брюшной полости (острый аппендицит, острая кишечная непроходимость, прободная язва, острые гастродуоденальные кровотечения, ущемленная грыжа, острый холецистит и острый панкреатит). Для каждого из данных заболеваний разработаны обязательные и дополнительные методы диагностики. Лечебная программа при всех острых хирургических заболеваниях включает общие положения, методы предоперационной подготовки, оперативного и консервативного лечения, мероприятия по ведению больных в послеоперационном периоде. Особое внимание уделено выбору оптимальной хирургической тактики.

Предназначено для хирургов-стационаров, оказывающих неотложную хирургическую помощь, клинических ординаторов, аспирантов, хирургов-курсантов ФДППО.

Ил. 3. Табл. 3. Библиогр.: 20 назв.

УДК 617-089
ББК 54.5

ISBN 978-5-9984-0612-6

© Абдуллаев Э. Г., Бабышин В. В.,
Гусев А. В., 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список терминологических сокращений	8
Введение	10
Глава 1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при остром калькулезном холецистите МКБ-10 (К-80 – К-87)	12
Общие положения	12
1.1. Стандарты оказания лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе	13
1.2. Протокол диагностики острого калькулезного холецистита в отделении скорой медицинской помощи (приемном отделении)	13
1.3. Протокол обследования в хирургическом отделении СМП	14
1.4. Протокол лечения больных острым неосложненным калькулезным холециститом	15
1.5. Протокол лечебной тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном перитонитом	16
1.6. Протокол предоперационного обследования больных в хирургическом отделении СМП	16
1.7. Протокол лечебной тактики	16
1.8. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым холангитом	17
1.9. Протокол лечебно-диагностической помощи при билиарном сепсисе	18
1.10. Протокол лечебной тактики при тяжелом билиарном сепсисе	18
1.11. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым панкреатитом в хирургическом отделении СМП	19

Глава 2. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при ущемленных грыжах	20
Общие положения	20
2.1. Протокол диагностики ущемленной грыжи в отделении скорой медицинской помощи (в приемном отделении)	21
2.2. Критерии диагностики различных групп больных с ущемленной грыжей	21
2.3. Протокол обследования больных в ОСМП (ПО)	23
2.4. Протокол предоперационной подготовки	24
2.5. Протокол дифференцированной хирургической тактики	25
Глава 3. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при остром аппендиците (МКБ-10; К-35 – К-38)	29
Общие положения	29
3.1. Классификация острого аппендицита	30
3.2. Протокол диагностики острого аппендицита в отделении скорой медицинской помощи (в приемном отделении).....	31
3.3. Протокол лечения острого аппендицита	32
3.4. Показания к тампонаде брюшной полости	33
3.5. Протокол дифференцированной хирургической тактики	34
3.6. Протокол анестезиологического обеспечения	35
3.7. Протокол антибактериальной терапии	35
3.8. Протокол послеоперационного ведения больных при неосложненном течении	35
Глава 4. Острый панкреатит (МКБ-10; К-85)	36
Общие положения	36
4.1. Определение начала острого панкреатита	37
4.2. Классификация острого панкреатита.....	38
4.3. Фазы острого панкреатита	39
4.4. Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания (первые пять суток)	40

4.5. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите	40
4.6. Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита	42

Глава 5. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в первую неделю заболевания 45

5.1. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите в первую неделю заболевания	45
5.2. Протокол лечения острого панкреатита легкой степени	47
5.3. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени тяжести	47
5.4. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита тяжелой степени	48
5.5. Протокол лапароскопической операции	49

Глава 6. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на второй неделе заболевания 51

6.1. Протокол диагностики и мониторинга парапанкреатического инфильтрата	51
6.2. Протокол тактики лечения парапанкреатического инфильтрата	52
6.3. Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений	54
6.4. Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита	55
6.5. Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита	55
6.6. Поздняя фаза (фаза секвестрации)	56

Глава 7. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в фазе асептической секвестрации 58

7.1. Протокол диагностики и мониторинга кисты поджелудочной железы	58
7.2. Протокол лечения кисты поджелудочной железы	58

Глава 8. Протоколы диагностики гнойных осложнений острого панкреатита	59
8.1. Критерии ПА и ГНПП	59
8.2. Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита	60
8.3. Выбор доступа и объема операции при установлении показаний к операции	60
Глава 9. Протоколы по оказанию медицинской помощи при острой кишечной непроходимости (МКБ-10; К-56)	62
9.1. Классификация острой кишечной непроходимости	63
9.2. Оказание экстренной медицинской помощи больным с ОКН в хирургическом стационаре	64
9.3. Показания к госпитализации в специализированное отделение стационара	72
9.4. Протокол лечебно-диагностических мероприятий в специализированном отделении стационара	72
9.5. Протокол хирургической тактики при острой кишечной непроходимости	73
9.6. Протокол хирургической тактики при опухолевой обтурационной кишечной непроходимости	75
Глава 10. Перфоративные гастродуоденальные язвы (МКБ-10; К-25.1)	79
10.1. Классификация гастродуоденальных язв	79
10.2. Стандарты организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе	80
10.3. Стандарты диагностики в хирургическом стационаре	80
10.4. Предоперационная подготовка	82
10.5. Стандарт анестезиологического обеспечения операции	82
10.6. Стандарты хирургической тактики	82
10.7. Послеоперационное ведение больных	84

Глава 11. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при желудочно-кишечных гастродуоденальных кровотечениях и пептических язвах ГЭА МКБ-10 (К-25.4, К-26.4, К-28.4)	84
11.1. Протокол первичной лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе	85
11.2. Протокол обследования больных с ЖКК в отделении СМП (в приемном отделении)	85
11.3. Протокол диагностики в ОРИТ (оперблоке) для больных группы «тяжелое ЖКК»	90
11.4. Протокол эндоскопического обследования и лечения	91
11.5. Особенности лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки	96
Глава 12. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при оперативных вмешательствах по поводу язвенных кровотечений	98
Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях	98
Заключение	101
Библиографический список	102

СПИСОК ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ СОКРАЩЕНИЙ

- АЛТ – аланиновая аминотрасфераза
- АСТ – аспарагиновая аминотрасфераза
- АМОК – аппарат мониторной очистки кишечника
- АПК – аргоно-плазменная коагуляция
- БИТ – блок интенсивной терапии
- БДС – большой дуоденальный сосочек
- ГДК – гастродуоденальное кровотечение
- ГЭА – гастроэнтероанастомоз
- ГНПП – гнойно-некротический парапанкреатит
- ДПК – двенадцатиперстная кишка
- ДЗАВО – Департамент здравоохранения
администрации Владимирской области
- ЖС – жидкостные скопления
- ЖКК – желудочно-кишечное кровотечение
- ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
- ЖКБ – желчнокаменная болезнь
- ИВЛ – искусственная вентиляция легких
- ИТТ – инфузионно-трансфузионная терапия
- ИП – инфицированный панкреонекроз
- ИПО – институт последипломного образования
- ИвГМА – Ивановская государственная медицинская академия
- ИПП – ингибиторы протонной помпы
- КОС – кислотнo-основное состояние
- ККС – калликреин-кининовая система
- ЛАКК – лазерный анализатор капиллярного кровотока
- МОК – мониторная очистка кишечника
- ОКН – острая кишечная непроходимость
- ОП – острый панкреатит
- ОХЗ – острые хирургические заболевания
- ОДП – острый деструктивный панкреатит
- ОРИТ – отделение реанимации и интенсивной терапии
- ОСМП – отделение скорой медицинской помощи

ОХ – острый холецистит
ОА – острый аппендицит
ОП – острый панкреатит
ПА – парапанкреатический абцесс
ПЖ – поджелудочная железа
ПИ – парапанкреатический инфильтрат
ПОН – полиорганная недостаточность
ПП – парапанкреатит
РТВ – рентгенотелевидение
ССВР – синдром системной воспалительной реакции
СОЭ – скорость оседания эритроцитов
СПОН – синдром полиорганной недостаточности
SIRS – синдром системной воспалительной реакции
ФГДС – фиброгастродуоденоскопия
ФКС – фиброколоноскопия
ЦВД – центральное венозное давление
ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная
 холангиопанкреатикография
ЭТН – эндотрахеальный наркоз
ЯК – язвенное кровотечение

«Я любил все, что требовалось
в неотложной хирургии: решитель-
ность, ответственность, включение
целиком и полностью в действие»

Рене Лерии

ВВЕДЕНИЕ

Отечественная хирургия всегда уделяла достаточное внимание вопросам неотложной медицинской помощи при острой патологии органов брюшной полости. Эти вопросы обсуждаются практически на всех хирургических съездах, пленумах, правлениях общества хирургов, а также на многочисленных хирургических конференциях и симпозиумах.

Последние десятилетия характеризуются стремительным внедрением в практику хирурга новых медицинских технологий, появлением современных высокоэффективных лекарственных препаратов и дальнейшим совершенствованием операционной техники.

Малоинвазивные оперативные вмешательства прочно вошли в арсенал многих хирургических отделений больниц страны благодаря их малой травматичности, выраженному клиническому и экономическому эффекту. Вместе с тем не потеряли свою значимость и принципы оказания медицинской помощи, разработанные плеядой предшествующих поколений хирургов.

Несомненно, что широкое внедрение в практику новых хирургических технологий и лекарственных препаратов возможно при соблюдении организационных и лечебных принципов, составляющих диагностическую программу и образующих систему оказания помощи больным с заболеваниями органов брюшной полости.

В основу книги положены клинические протоколы диагностики и лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, многолетний опыт работы клиники хирургических болезней ИПО ИвГМА и на базе хирургических отделений Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Владимира, а также анализ многочисленных литературных источников по неотложной хирургии живота.

Одним из стимулов, побудивших авторов в какой-то мере стандартизировать аспекты экстренной хирургии брюшной полости, явилось стремление защитить хирургов при разборе многочисленных жалоб и претензий больных и их родственников на оказание медицинской помощи при диагностике и лечении экстренной хирургической патологии.

В книге сделана попытка разработки общих принципов диагностики и лечения семи хирургических заболеваний живота (острый аппендицит, острый панкреатит, острая кишечная непроходимость, острый холецистит, прободная гастродуоденальная язва, язвенное желудочно-кишечное кровотечение, ущемленная грыжа), а также представлены обобщение и систематизация доказанных хирургической практикой положений.

Авторский коллектив надеется, что настоящая книга принесет ощутимую пользу широкому кругу врачей, оказывающих неотложную хирургическую помощь населению, будет полезна врачам-стажерам, аспирантам, клиническим ординаторам, студентам медицинских вузов.

Авторы с благодарностью примут замечания и пожелания читателей и учтут их в своей дальнейшей работе.

Глава 1. ПРОТОКОЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ МКБ-10 (К-80 – К-87)

Общие положения

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – одно из распространенных заболеваний органов брюшной полости, и по данным литературных источников, им страдают около 10 % населения всего мира. С возрастом данная патология встречается чаще, ее распространенность в возрастной группе старше 70 лет превышает 27 % (В. А. Петухов с соавт.; М. А. Алиев с соавт., 1999).

Развитие за последние десятилетия УЗИ-диагностики, оснащение диагностической аппаратурой широкой сети амбулаторных и стационарных лечебных учреждений позволили значительно повысить уровень распознавания ЖКБ.

Не уменьшается количество осложненных форм и прежде всего холелитиаза, которому, по данным разных авторов, подвержены 8 – 23 % больных (Э. И. Гальперин с соавт., 1988; А. А. Шалимов с соавт., 1993; Ж. Т. Кукеева, 1996; Л. В. Поташов с соавт., 1991; Cotton P. et. al. 1991; Ciseketal., 1994).

Отмечая увеличение числа больных с ЖКБ, многие авторы видят решение проблемы лечения данного заболевания в повышении хирургической активности. Основным видом хирургического вмешательства, проводимого по поводу холелитиаза, является холецистэктомия, дополняемая вмешательствами на желчных протоках при наличии в них конкрементов.

Желчнокаменная болезнь может годами протекать бессимптомно или с минимальными клиническими проявлениями. Непосредственную угрозу жизни больного представляют осложненные формы желчнокаменной болезни, связанные с воспалительным процессом в желчном пузыре, желчных протоках, окружающих их тканях и органах. Возникновение этих осложнений может обуславливать стремительное прогрессирование воспалительного процесса в печени, желчных путях и поджелудочной железе, нарастание интоксикации, разви-

тие органной недостаточности, нередко приобретающей необратимое течение. Указанные морфологические и функциональные изменения протекают так быстро, что течение заболевания может исчисляться несколькими сутками и даже часами. Вот почему так важны ранняя диагностика и своевременное и рациональное лечение осложненных форм желчнокаменной болезни. Предлагаемые протоколы предусматривают применение высокоинформативных методов диагностики и малоинвазивных хирургических вмешательств для данной группы больных в стационаре.

В лечебной тактике особого подхода требуют осложненные формы острого холецистита (ОХ): околопузырные инфильтраты, околопузырные абсцессы, пузырно-билиарные, пузырно-кишечные свищи, механическая желтуха, холангит.

1.1. Стандарты оказания лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Наличие болей в верхних отделах живота, особенно в случае установленной ЖКБ, требует целенаправленного исключения диагноза «острый холецистит» с учетом разнообразия его форм.

2. Диагноз или обоснованное подозрение о наличии острого холецистита служат основанием для направления больного в хирургический стационар.

3. В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской карте.

4. В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из приемного отделения врач обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства больного для его активного осмотра хирургом поликлиники на дому.

1.2. Протокол диагностики острого калькулезного холецистита в отделении скорой медицинской помощи (приемном отделении)

Острый калькулезный холецистит – острое воспаление желчного пузыря, вызванное чаще всего обтурацией пузырного протока камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в

желчном пузыре, деструкции его стенки и перитониту. Послеоперационная летальность при остром холецистите остается высокой, составляя 1,5 – 12 % (А. Г. Бебурешвили с соавт., 2001; А. Е. Борисов, 2001, 2003), а у больных пожилого и старческого возраста достигает 15 – 20 % (А. Г. Бебурешвили с соавт., 2001; А. Е. Борисов с соавт., 2003). Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики. Поэтому в отделении скорой медицинской помощи (ОСМП) таких больных делят на две основные группы:

- а) с острым неосложненным холециститом;
- б) с острым осложненным холециститом.

В группе больных с острым осложненным холециститом выделяют четыре подгруппы:

- 1) острый холецистит, осложненный перитонитом;
- 2) острый холецистит в сочетании с холангитом;
- 3) острый холецистит в сочетании с панкреатитом;
- 4) острый холецистит в сочетании с механической желтухой.

Критерии диагностики острого неосложненного калькулезного холецистита в хирургическом отделении СМП:

- боли и болезненность в правом подреберье;
- УЗИ признаки: увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки с «двойным» контуром, наличие конкрементов.

1.3. Протокол обследования в хирургическом отделении СМП

Лабораторные исследования: общеклинический и биохимический анализы крови (амилаза, сахар, трансаминазы, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок), анализ мочи.

Инструментальные исследования – рентгенография грудной клетки, УЗИ органов живота, ЭКГ, рентгенография брюшной полости (при подозрении на перфорацию полого органа или острую кишечную непроходимость), ФГДС, по показаниям диагностическая лапароскопия, МРТ- холангиопанкреатикография.

Консультация терапевта и других специалистов по показаниям.

1.4. Протокол лечения больных острым неосложненным калькулезным холециститом

Лечение больных с острым неосложненным холециститом должно начинаться с консервативной терапии, направленной на купирование воспалительного процесса и эндотоксикоза в условиях хирургического отделения. Комплекс лечебных мер включает:

- постельный режим, голод, холод на правое подреберье;
 - инфузионная терапия (внутривенно 1,5 – 2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства);
 - антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения или фторхинолоны II поколения с нитроимидазолами);
 - консервативное лечение проводится в течение 14 – 16 часов с повторным анализом лейкоцитов крови и УЗИ органов брюшной полости. В процессе наблюдения до операции больному следует выполнить ФГДС;
 - при неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство в течение последующих 6 – 8 часов. При появлении перитонеальных симптомов сроки наблюдения и выполнения операции должны быть сокращены;
 - в случае положительного эффекта от консервативного лечения хирургическое вмешательство выполняется в последующие 48 – 72 часа при отсутствии околопузырного инфильтрата. Критериями эффективности консервативной терапии считаются уменьшение боли и болезненности в правом подреберье и уменьшение размеров желчного пузыря при повторном УЗ-исследовании. При выполнении протокола обследования и отсутствии противопоказаний сроки наблюдения могут быть сокращены;
 - больных, отказавшихся от операции в указанные сроки, выписывают из стационара после купирования острого приступа заболевания. Им рекомендуют хирургическое лечение в плановом порядке;
 - операцией выбора являются минимально-инвазивные оперативные вмешательства (ЛХЭ), (МХЭ) под общим обезболиванием.
- При невозможности выполнить операцию минимально-инвазивными методами производят традиционную холецистэктомию;

у пациентов с высокой степенью операционного риска, рассчитанного по одному из способов (APACHE, SAPS, ASA, MODS, SOFA и др.), объем операции выбирают индивидуально с участием анестезиолога.

1.5. Протокол лечебной тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном перитонитом

Критериями диагностики принято считать признаки острого холецистита в сочетании с симптомами перитонита.

1.6. Протокол предоперационного обследования больных в хирургическом отделении СМП

(По протоколу п. 1.3).

1.7. Протокол лечебной тактики

Больным острым холециститом, осложненным местным или распространенным перитонитом, показано хирургическое вмешательство в первые 2 – 3 часа после поступления больного в стационар.

В ОСМП или в хирургическом отделении наряду с обследованием проводится предоперационная подготовка, включающая внутривенное вливание 400 – 800 мл растворов кристаллоидов, обезболивающих средств и антибактериальную терапию.

При нарушении витальных функций (сознания, гемодинамики, дыхания) больного помещают в отделение хирургической реанимации. Операция выполняется сразу после стабилизации гемодинамики.

Оперативное вмешательство, как правило, начинается с лапароскопии. В зависимости от диагностических находок принимается решение о возможности выполнения оперативного вмешательства лапароскопическим или открытым методом.

Хирургическое вмешательство включает в себя холецистэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. При необходимости выполняются ревизия и дренирование желчных путей. Больным при наличии пареза тонкой кишки проводят назогастроинтестинальную интубацию с целью обеспечения декомпрессии желудочно-кишечного тракта и ранней энтеральной поддержки.

1.8. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым холангитом

1.8.1. Критерии диагностики

Диагностика острого холецистита осуществляется по следующим критериям:

- признаки острого холецистита;
- гипертермия до 38 °С, озноб;
- лейкоцитоз до 12×10^9 г/л;
- гипербилирубинемия 50 мкмоль/л и выше;
- УЗИ признаки билиарной гипертензии.

В зависимости от выраженности клинико-лабораторных показателей выделяют острый холангит, билиарный сепсис и тяжелый билиарный сепсис.

1.8.2. Протокол лечебной тактики

1. Госпитализация в хирургическое отделение.
2. Инфузионно-детоксикационная терапия в объеме 1,5 – 2 л растворов кристаллоидов.
3. Антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения.
4. При отсутствии положительной динамики в течение 6 – 8 часов показано хирургическое вмешательство.
5. Выполняется минимально-инвазивное оперативное вмешательство с дренированием холедоха по Холстеду – Пиковскому и интраоперационная холангиография. При наличии одиночного конкремента до 1,5 см производится ЭПСТ в послеоперационном периоде.

6. При наличии крупного камня (больше 1,5 см) или множественных конкрементов, а также невозможности произвести адекватное дренирование желчных путей выполняется традиционное оперативное вмешательство с ревизией и наружным дренированием общего желчного протока.

1.9. Протокол лечебно-диагностической помощи при билиарном сепсисе

Критерии диагностики билиарного сепсиса:

- два и более признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS);
- положительный прокальцитониневый тест (ПКТ > 2 нг/мл);
- гипербилирубинемия более 50 мкмоль/л и выше;
- УЗИ признаки билиарной гипертензии;
- SOFA = 0.

Протоколы лечебной тактики при билиарном сепсисе:

- госпитализация в отделение хирургической реанимации;
- инфузионно-детоксикационная терапия (объем инфузионной терапии определяется реаниматологом);
- антибактериальная терапия (цефалоспорины IV поколения);
- в течение 8 – 10 часов выполняется хирургическое вмешательство.

Критерии диагностики тяжелого билиарного сепсиса:

- положительный прокальцитониневый тест (ПКТ > 2 нг/мл);
- два и более признаков SIRS;
- SOFA > 0;
- гипербилирубинемия более 50 мкмоль/л и выше;
- УЗИ признаки билиарной гипертензии.

1.10. Протокол лечебной тактики при тяжелом билиарном сепсисе

1. Госпитализация в отделение хирургической реанимации.
2. Инфузионно-детоксикационная терапия (объем инфузионной терапии определяется реаниматологом).

3. Антибактериальная терапия (карбапенемы). Коррекция антибактериальной терапии после верификации возбудителя.

4. При отсутствии септического шока в течение 6 – 8 часов выполняется хирургическое вмешательство (по протоколу 1.8.2).

1.11. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым панкреатитом в хирургическом отделении СМП

Критерии диагностики включают критерии диагностики острого холецистита и острого панкреатита:

- боли и болезненность в эпигастрии и правом подреберье;
- УЗИ признаки: увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки, наличие конкрементов, увеличение плотности и размеров поджелудочной железы;
- повышение уровня амилазы в крови.

На этом этапе необходимо раннее выявление тяжелого панкреатита, исход которого зависит от срока начала лечения.

Признаками тяжелого острого панкреатита являются:

1. Клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика – тахикардия (более 120 уд./мин) или брадикардия (менее 60 уд./мин); снижение систолического А/Д ниже 100 мм рт. ст.;
- олигурия (менее 25 мл мочи в час);
- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий).

2. Лабораторные:

- лейкоцитоз выше 14×10^9 г/л;
- мочевины выше 12 ммоль/л.

Наличие хотя бы двух клинических признаков, перечисленных выше, позволяет диагностировать тяжелый острый панкреатит. Лечение таких больных проводят в отделении хирургической реанимации по протоколу «Острый тяжелый панкреатит». Остальным пациентам с острым холециститом в сочетании с нетяжелым панкреатитом показана госпитализация в хирургическое отделение. Их обследование и лечение выполняют по протоколу 1.4, 1.8. Холецистэктомия в таких

случаях дополняется дренированием общего желчного протока по Холстеду – Пиковскому. В послеоперационном периоде целесообразно назначение антисекреторной и антиферментной терапии в течение трех суток.

Глава 2. ПРОТОКОЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ

Общие положения

Ущемленная грыжа – внезапное или постепенное сдавление содержимого грыжи в ее воротах.

Ущемление считается самым опасным осложнением грыжи. Летальность больных возрастает с возрастом, варьируя между 4 и 11 %. Некроз ущемившегося в грыже органа наблюдается не менее чем в 10 % случаев.

Формы ущемления:

- 1) эластическое;
- 2) каловое;
- 3) пристеночное;
- 4) ретроградное;
- 5) грыжа Литтре (ущемление дивертикула Меккеля).

Наиболее часто встречаются грыжи паховые, бедренные, пупочные, послеоперационные вентральные, грыжи белой линии живота, грыжи редких локализаций. Ущемленная грыжа может сопровождаться острой кишечной непроходимостью, которая, как правило, протекает по механизму странгуляционной непроходимости, выраженность которой зависит от уровня странгуляции.

При всех видах и формах ущемленной грыжи тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от временного фактора, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии ущемленной грыжи служат основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

2.1. Протокол диагностики ущемлённой грыжи в отделении скорой медицинской помощи (в приёмном отделении)

Больные, поступившие в ОСМП (приемное отделение) с жалобами на боли в животе, должны быть целенаправленно осмотрены на наличие грыжевого выпячивания в типичных местах.

На основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования больные с ущемленными грыжами должны быть разделены на четыре группы:

1-я группа – неосложненная ущемленная грыжа;

2-я группа – осложненная ущемленная грыжа.

При осложненной ущемленной грыже выделяют:

а) ущемленную грыжу, осложненную острой кишечной непроходимостью;

б) ущемленную грыжу, осложненную флегмоной грыжевого мешка;

3-я группа – больные с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей;

4-я группа – вправившаяся ущемленная грыжа.

Главная задача обследования больных с ущемленными грыжами в ОСМП (приемном отделении) – выделение пациентов, требующих интенсивной предоперационной подготовки. К ним относятся прежде всего больные с осложненными ущемленными грыжами.

2.2. Критерии диагностики различных групп больных с ущемлённой грыжей

2.2.1. Группа больных с неосложненной ущемленной грыжей

Неосложненная ущемленная грыжа распознается:

– по внезапно наступившим болям в области ранее вправлявшейся грыжи, характер и интенсивность которых зависит от вида ущемления, пострадавшего органа и возраста больного;

- невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи;
- увеличению в объеме грыжевого выпячивания;
- напряжению и болезненности в области грыжевого выпячивания;
- отсутствию передачи «кашлевого толчка».

2.2.2. Группа больных с ущемленной грыжей, осложненной кишечной непроходимостью

К местным симптомам ущемления присоединяются симптомы острой кишечной непроходимости:

- схваткообразные боли в животе;
- жажда, сухость во рту;
- периодически повторяющаяся рвота;
- задержка отхождения газов;
- при обследовании определяются вздутие живота, усиление перистальтики, «шум плеска»;
- на обзорной рентгенограмме определяются «чаши Клойбера»;
- тонкокишечные арки с поперечной исчерченностью, возможно наличие «изолированной петли»;
- при УЗ исследовании определяются расширенные петли кишечника и маятникообразная перистальтика.

2.2.3. Группа больных с ущемленной грыжей, осложненной флегмоной грыжевого мешка

Ущемленная грыжа, осложненная флегмоной грыжевого мешка, распознается:

- по интоксикационному синдрому (лихорадка, лейкоцитоз, тахикардия – признаки SIRS);
- отечному, горячему на ощупь грыжевому выпячиванию;
- гиперемии кожи и отеку подкожной клетчатки, распространяющемуся за пределы грыжевого выпячивания;
- возможно наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях.

2.2.4. Группа больных с вправившейся ущемленной грыжей

Диагноз «вправившаяся ущемленная грыжа» может быть поставлен тогда, когда имеются четкие указания самого пациента на факт ущемления ранее вправлявшейся грыжи, промежуток времени невправления и факт самостоятельного ее вправления.

Вправившейся ущемленной грыжей следует также считать грыжу, факт самостоятельного вправления которой произошел (и зафиксирован в медицинских документах) в присутствии медицинского персонала (на догоспитальном этапе – в присутствии медперсонала скорой помощи, после госпитализации – в присутствии дежурного хирурга ОСМП (приемного отделения)).

2.3. Протокол обследования больных в ОСМП (ПО)

В отделении ОСМП (ПО) у больных всех групп проводят забор материала для лабораторных исследований, которые включают:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови;
- коагулограмма.

Выполняются инструментальные методы исследования:

- ЭКГ;
- обзорная рентгенография органов грудной клетки;
- обзорная рентгенография брюшной полости (при подозрении на острую кишечную непроходимость);
- УЗИ брюшной полости (грыжевого выпячивания – по показаниям).

После исследований проводится консультация терапевта.

Установленный диагноз ущемленной грыжи служит показанием к неотложной операции в сроки не более двух часов после поступления больного в стационар после предоперационной подготовки.

2.4. Протокол предоперационной подготовки

2.4.1. Протокол предоперационной подготовки при неосложненной ущемленной грыже в ОСМП (ПО)

Предоперационная подготовка при неосложненной ущемленной грыже в ОСМП (ПО) включает:

- опорожнение мочевого пузыря и гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства и всей передней брюшной стенки;
- установку желудочного зонда и эвакуацию желудочного содержимого. Зонд сохраняется до вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации;
- антибиотикопрофилактику за 30 мин до операции или на операционном столе;
- из ОСМП (ПО) больные направляются в операционную.

2.4.2. Предоперационная подготовка при осложненной ущемленной грыже

Больные с осложненной ущемленной грыжей (ОКН или флегмона грыжевого мешка) после забора материала для лабораторных и инструментальных исследований направляются для интенсивной предоперационной подготовки в ОРИТ или в блок интенсивной терапии ОСМП (приемного отделения (ПО)). Возможно выполнение предоперационной подготовки на операционном столе.

Предоперационная подготовка наряду с опорожнением мочевого пузыря, гигиенической подготовкой области оперативного вмешательства, установкой желудочного зонда и эвакуацией желудочного содержимого дополнительно включает:

- катетеризацию периферической или центральной вены и проведение детоксикационной терапии, направленной на борьбу с эндотоксикозом и обезвоживанием организма;
- внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков за 30 мин до операции;

– внутривенное введение инфузионных растворов субстратных антигипоксантов и антиоксидантов (мафусол 400 мл, реамберин 400 мл и других) для ранней профилактики ишемических и реперфузионных поражений;

– из блока интенсивной терапии ОСМП (ПО) или ОРИТ больные направляются в операционную.

2.4.3. Тактика при вправлении ущемлённой грыжи

При вправившейся ущемленной грыже и длительности ущемления менее двух часов больные из ОСМП (ПО) направляются в хирургическое отделение для наблюдения в течение 24 часов. Если во время наблюдения появляются признаки интоксикационного синдрома (лейкоцитоз, лихорадка, тахикардия – признаки синдрома системного воспалительного ответа (SIRS)), а также перитонеальная симптоматика, показано оперативное лечение.

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывал сомнения, а длительность ущемления составляла два и более часов, больной направляется в операционную для диагностической лапароскопии.

2.5. Протокол дифференцированной хирургической тактики

2.5.1. Хирургическая тактика при неосложненной ущемленной грыже

Операция по поводу неосложненной ущемленной грыжи выполняется под местной анестезией. В случаях больших вентральных грыж операцию следует выполнять под общей анестезией.

На этапе ревизии, определения жизнеспособности ущемленного органа и определения дальнейшего плана операции обязательно участие опытного хирурга дежурной бригады, как правило, ответственного дежурного хирурга.

Разрез выполняется в соответствии с локализацией грыжи.

Производятся вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного в нем органа.

Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо.

При самопроизвольном вправлении ущемленного органа мешка в брюшную полость во время операции его следует извлечь для осмотра и оценки жизнеспособности. Если его не удастся найти и извлечь, показано расширение раны (герниолапаротомия) или диагностическая лапароскопия.

После рассечения ущемляющего кольца необходимо оценить состояние ущемленного органа. Перед вправлением кишки в брюшную полость ввести в ее брыжейку 100 мл 0,25%-ного раствора новокаина (лидокаина).

При наличии изменений кишки в ее брыжейку следует ввести 100 – 120 мл 0,25%-ного раствора новокаина (лидокаина) и отогреть сомнительный участок теплыми тампонами, смоченными в 0,9%-ном NaCl. Жизнеспособность кишки оценивают повторно через 10 мин.

При оценке жизнеспособности кишки следует помнить о возможности ее ретроградного ущемления. При этом в грыжевом мешке располагаются две петли кишки, между которыми существует третья (ущемлённая) петля, располагающаяся в брюшной полости. После рассечения ущемляющего кольца ретроградно ущемленную петлю тонкой кишки необходимо вывести из брюшной полости и осмотреть для оценки ее жизнеспособности.

При ущемлении сальника осуществляется его резекция в пределах выявленных изменений.

Выполняется герниопластика по одному из принятых способов.

При неосложненных ущемленных грыжах и благоприятных условиях возможно выполнение пластики без натяжения с использованием сетчатых эксплантатов.

2.5.2. Хирургическая тактика при ущемленной грыже, осложненной кишечной непроходимостью

Операция по поводу осложненной ущемленной грыжи всегда выполняется под наркозом. Доступ – срединная лапаротомия. На этапе ревизии, определения жизнеспособности ущемленного органа и определения дальнейшего плана операции обязательно участие опытного хирурга дежурной бригады, как правило, ответственного дежурного хирурга.

Основные задачи операции при лечении ущемленной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью:

- устранение ущемления;
- определение жизнеспособности кишки и показаний к ее резекции;
- установление границ резекции измененной кишки и ее выполнение;
- определение показаний и способа дренирования кишки;
- санация и дренирование брюшной полости.

Начальные этапы операции по устранению ущемленной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью, соответствуют положениям, изложенным в п. 2.5.1. «Хирургическая тактика при неосложненной ущемленной грыже».

Показания к резекции кишки определяют по визуальным признакам (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также по динамике этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика. Нежизнеспособная кишка подлежит удалению.

Признаки нежизнеспособности кишки и бесспорные показания к ее резекции:

- темная окраска кишки;
- тусклая серозная оболочка;
- дряблая стенка;
- отсутствие перистальтики кишки;
- отсутствие пульсации сосудов ее брыжейки.

Резекции подлежат, кроме ущемленного участка, вся макроскопически измененная часть кишки плюс 35 – 40 см неизмененного

приводящего отрезка кишки и 15 – 20 см неизмененного отводящего отрезка кишки. Исключение составляют резекции вблизи илеоцекального угла и связки Трейца, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения.

При резекции кишки, когда уровень наложения анастомоза приходится на самый дистальный отдел подвздошной кишки (менее 15 – 20 см от слепой кишки), возможно выполнить илео-илео-, илеоасцендо- или илеотрансверзоанастомоз.

В случаях пристеночного ущемления, не нарушающего проходимость кишки, следует произвести ее резекцию.

Показаниями к дренированию тонкой кишки служат:

- видимое избыточное заполнение содержимым приводящих кишечных петель;
- наличие распространенного перитонита;
- обширный спаечный процесс в брюшной полости.

Предпочтительным способом дренирования тонкой кишки считается назогастроинтестинальная интубация.

2.5.3. Хирургическая тактика при ущемленной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка

Операция по поводу ущемленной грыжи, осложненной флегмоной грыжевого мешка, всегда выполняется под общей анестезией.

Оперативное вмешательство начинается со срединной лапаротомии.

На этапе лапаротомии, ревизии и определения плана операции обязательно участие в операции опытного хирурга дежурной бригады, как правило, ответственного дежурного хирурга.

При ущемлении тонкой кишки с некрозом выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Внутривнутрибрюшной этап операции временно прекращается.

Выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез с последующим ушиванием брюшины.

Первичная герниопластика не производится. В герниотомической ране выполняется некрэктомия, затем герниотомическая рана дренируется.

Дренирование тонкой кишки выполняется по показаниям, изложенным в п. 2.5.2, «Хирургическая тактика при ущемленной грыже, осложненной ОКН».

Операция заканчивается дренированием брюшной полости.

2.5.4. Хирургическая тактика при вправившейся ущемленной грыже

При вправившейся ущемленной грыже в процессе наблюдения для определения возможных патологических изменений со стороны ущемленного органа целесообразно выполнение диагностической лапароскопии.

Объем оперативного вмешательства определяется характером патологических изменений ущемленного органа, обнаруженных при диагностической лапароскопии.

Глава 3. ПРОТОКОЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ (МКБ-10; К-35 – К-38)

Общие положения

Острый аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки – одно из самых распространенных хирургических заболеваний брюшной полости, в котором ведущая роль принадлежит инфекционно-аллергическому фактору.

Заболеваемость острым аппендицитом составляет 4 – 5 человек на 1000 населения. Наиболее часто встречается в возрасте от 20 до 40 лет, женщины болеют в два раза чаще, чем мужчины. На протяжении последних 50 лет летальность от острого аппендицита в России остается неизменной и составляет 0,05 – 0,1 %, а послеоперационные осложнения – 5 – 9 %.

Во Владимирской области за год госпитализируются около 1500 – 1600 больных с острым аппендицитом и выполняется около 1500 аппендэктомий с послеоперационной летальностью 0,06 – 0,1 %, которая связана в основном с запущенностью заболевания, поздней обращаемостью за медицинской помощью и выраженностью сопутствующей патологии.

Согласно данным (А. Е. Борисова, А. С. Ермолова с соавт., 2001) основной причиной неблагоприятных исходов можно назвать позднюю госпитализацию, что подтверждают и наши данные. Авторы отмечают, что сохранение высокого уровня диагностических ошибок на всех этапах госпитализации резко ухудшает прогноз течения этого широко распространенного заболевания.

Актуальность проблемы лечения острого аппендицита связана с трудностями ранней диагностики на догоспитальном этапе и тяжестью осложнений, связанных с поздней госпитализацией и поздним оперативным лечением.

3.1. Классификация острого аппендицита

1. Острый катаральный аппендицит.
2. Острый флегмонозный аппендицит.
3. Острый гангренозный аппендицит.

Обобщая опыт лечения ведущих хирургических клиник нашей страны, а также опыт лечения в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Владимира (МУЗ «ГКБСМП»), острый аппендицит можно классифицировать по следующим группам.

1. Осложнения острого аппендицита:

- местный перитонит;
- разлитой перитонит;
- аппендикулярный инфильтрат;
- аппендикулярный абсцесс;
- перфорация червеобразного отростка;
- абсцессы брюшной полости;
- гнойный перитонит;
- забрюшинная флегмона;
- пилефлебит;

2. Интраоперационные осложнения (технические осложнения):

- травматизация кожи и подкожной клетчатки;
- травматические повреждения слепой и тонкой кишки;
- внутрибрюшинное кровотечение;
- пересечение или лигирование мочеточника или подвздошных сосудов.

3. Послеоперационные осложнения:

- осложнения со стороны брюшной полости;
- нагноения послеоперационной раны;
- послеоперационный перитонит;
- абсцесс Дугласова пространства;
- поддиафрагмальный абсцесс;
- межкишечный абсцесс;
- ранняя спаечная острая кишечная непроходимость.

4. Общие осложнения:

- бронхит;
- пневмония;
- сердечно-сосудистая недостаточность;
- ТЭЛА;
- острый пиелонефрит;
- печеночно-почечная недостаточность;
- сепсис.

3.2. Протокол диагностики острого аппендицита в отделении скорой медицинской помощи (в приемном отделении)

Больные, поступившие в ОСМП (ПО) с диагнозом «острый аппендицит», должны быть осмотрены хирургом тотчас после оформления истории болезни.

Клиническое обследование больного проводится по общепринятой методике:

- расспрос (жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни);
- физические методы исследования по органам и системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

При пальпации живота особое внимание необходимо уделять выявлению локальной болезненности, аппендикулярных симптомов, симптомов раздражения брюшины.

Физическое исследование должно заканчиваться у мужчин – пальцевым исследованием прямой кишки, а у женщин – осмотром гинеколога.

Полученные данные хирург заносит в историю болезни с указанием даты и времени осмотра, формулирует свое заключение, перечисляет дифференциальные диагнозы и составляет план обследования.

Лабораторная диагностика: общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора.

Лучевая диагностика: рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости и малого таза.

Консультация специалистов – по показаниям.

После анализа данных клинического обследования хирург формулирует предварительный диагноз и составляет план лечебных мер.

В ОСМП (ПО) больные после клинического обследования могут быть распределены следующим образом:

1) больные с установленным диагнозом «острый аппендицит», осложненный перитонитом. Этим больным направляют в операционную;

2) больные с установленным диагнозом «острый аппендицит». Эти больные подлежат оперативному лечению в течение двух часов с момента постановки диагноза;

3) больные с неустановленным диагнозом «острый аппендицит», но требующие наблюдения. Эта категория больных направляется в хирургическое отделение, где каждые два часа осматриваются дежурным хирургом в течение шести часов с фиксацией результатов осмотров в истории болезни. В случае невозможности отвергнуть диагноз острого аппендицита больной должен быть подвергнут диагностической лапароскопии, по результатам которой решается дальнейшая тактика ведения и лечения больного.

3.3. Протокол лечения острого аппендицита

Оперативные вмешательства по поводу острого аппендицита сопровождаются периоперационной антибиотикопрофилактикой и могут выполняться как традиционным методом, так и лапароскопическим способом.

Антероградная аппендэктомия является операцией выбора вне зависимости от операционного доступа. Ретроградную аппендэктомию выполняют в случаях атипичного расположения червеобразного отростка (ретроцекального, подпеченочного, тазового, медиального, забрюшинного).

Доступ Волковича – Дьяконова является наиболее часто применяемым и, по мнению большинства авторов, считается лучшим.

При деструктивных формах острого аппендицита периоперационная антибиотикопрофилактика переходит в эмпирическую антибактериальную терапию (цефалоспориновые препараты III поколения в сочетании с метронидазолом).

3.4. Показания к тампонаде брюшной полости

Тампонаду брюшной полости проводят:

- при невозможности полного удаления червеобразного отростка;
- наличии сформированного периаппендикулярного гнойника;
- наличии флегмоны забрюшинной клетчатки.

Независимо от показаний тампон вводится вместе с трубчатым дренажом. Тампоны, установленные в брюшной полости, необходимо удалять не ранее 5 – 6-го дня.

В случаях ошибочного диагноза острого аппендицита, когда ошибка выявлена во время операции, выполняемой через один из аппендикулярных оперативных доступов, через который невозможно выполнить необходимый объем вмешательства, необходимо изменить план.

Во всех случаях ошибочного диагноза острого аппендицита, выявленного на операции, выполнение так называемой «попутной» аппендэктомии нежелательно. Еще более нежелательно начинать операцию с удаления малоизмененного червеобразного отростка. Оставление червеобразного отростка должно быть отражено в протоколе операции, выписном эпикризе в медицинской справке, и больной должен быть поставлен об этом в известность.

Лечебная тактика при аппендикулярном инфильтрате консервативно-выжидательная. В случае, когда аппендикулярный инфильтрат выявляется во время операции, он ограничивается марлевыми тампонами с оставлением трубчатого дренажа. Поиски червеобразного отростка не оправданы.

При выполнении аппендэктомии у беременных необходимо изменять локализацию кожного разреза в зависимости от сроков беременности. При остром аппендиците в родах лечебную тактику определяют вместе с акушером-гинекологом.

3.5. Протокол дифференцированной хирургической тактики

При катаральном или флегмонозном аппендиците с наличием реактивного выпота или без него выполняется типичная аппендэктомия через доступ в правой подвздошной области.

При вторичном катаральном аппендиците независимо от наличия выпота показана дополнительная ревизия: осматривается дистальный отдел подвздошной кишки – до 70 – 80 см на предмет воспаления дивертикула Меккеля или мезаденита.

При вторичном катаральном аппендиците вначале saniруется основной патологический процесс, затем проводится аппендэктомия.

При обнаружении рыхлого аппендикулярного инфильтрата выполняется аппендэктомия с санацией и дренированием подвздошной ямки.

При обнаружении плотного воспалительного инфильтрата активные манипуляции по поиску червеобразного отростка недопустимы.

Плотный аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования подлежит динамическому наблюдению. Физиотерапия допустима только после исключения опухоли.

Вскрытие и дренирование периаппендикулярного абсцесса предпочтительно осуществлять внебрюшинно через дополнительный разрез в боковых отделах живота.

Червеобразный отросток и другие удаленные ткани направляются на гистологическое исследование, а выпот и содержимое абсцессов – на бактериологические посевы для идентификации микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Альтернативным методом операции аппендэктомии может служить эндовидеохирургическое вмешательство.

Выявление разлитого перитонита, инфильтрата или признаков внутрибрюшного абсцесса в ходе эндовидеохирургического вмешательства служит основанием для перехода к традиционным методам операции.

3.6. Протокол анестезиологического обеспечения

Вопрос в выборе метода анестезии при неосложненных формах острого аппендицита, особенно у детей, беременных женщин и лиц старческого возраста решается индивидуально с участием анестезиолога.

Наличие клинических признаков разлитого перитонита служит показанием к планированию эндотрахеального наркоза.

3.7. Протокол антибактериальной терапии

При остром катаральном аппендиците профилактическое и лечебное введение антибиотиков не применяется.

При наличии воспалительного выпота в правой подвздошной ямке или в малом тазу при флегмонозном аппендиците введение антибиотиков в брюшную полость продолжается в послеоперационном периоде через микроирригатор.

При гангренозном аппендиците и после вскрытия аппендикулярного абсцесса парентеральная антибактериальная терапия начинается во время операции и продолжается в послеоперационном периоде. Наиболее целесообразно использование схемы: цефалоспорины I – II+ аминогликозиды III+ метронидазол.

При разлитом перитоните аппендикулярного происхождения антибиотикотерапия начинается в процессе предоперационной подготовки (цефалоспорины I – III), продолжается на операции и в послеоперационном периоде.

3.8. Протокол послеоперационного ведения больных при неосложненном течении

При неосложненном течении послеоперационной раны после аппендэктомии швы снимают на 6 – 7-е сутки за день до выписки больного на лечение в поликлинике.

Общий анализ крови назначают через сутки после операции и перед выпиской.

Лечение развивающихся осложнений проводится в соответствии с их характером осложнения.

После эндовидеохирургических операций выписать пациента можно начиная с 3 – 4-х суток.

Глава 4. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ (МКБ-10; К-85)

Общие положения

Острый панкреатит (ОП) – одно из наиболее тяжелых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. По частоте он уступает лишь острому аппендициту и острому холециститу. Количество больных с острым панкреатитом составляет 5 – 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. Рост заболеваемости с острым панкреатитом происходит по причине общего ухудшения здоровья населения из-за экологически неблагоприятной ситуации, злоупотребления алкоголем, наркомании, ухудшения качества питания.

Острый панкреатит – острое асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежит аутолиз ткани под воздействием ферментов с вовлечением в процесс окружающих тканей забрюшинного пространства и брюшной полости, а также комплекса органных систем внебрюшинной локализации.

В 15 – 20 % случаев заболевание носит деструктивный характер, а у 70 – 80 % больных происходит инфицирование очагов некроза (В. С. Савельев с соавт., 2000). Эта категория пациентов – наиболее сложная в силу тяжести состояния, и их лечение требует больших экономических затрат. Результаты лечения больных с панкреонекрозом неутешительные, несмотря на неоднократные переходы от сверхрадикальных операций (резекция хвоста, тела ПЖ, панкреатэктомия) до малоинвазивных вмешательств (лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, лапароскопическая холецистостомия, наложение бурсостом, вскрытие забрюшинной клетчатки с использованием эндоскопических технологий и операций из мини-доступа).

Послеоперационная летальность при остром панкреатите без дифференциации ее клинических форм составляет 23 – 26 %, а доля гнойных осложнений среди причин смертности у больных с панкрео-

некрозом достигает до 80 %. Поздняя диагностика осложнений, неадекватный выбор консервативного и хирургического лечения обуславливают высокую летальность.

У врачей-хирургов, анестезиологов-реаниматологов имеется большой арсенал консервативных способов интенсивной терапии острого панкреатита и его осложнений. С их помощью купируют боль, нормализуют гемодинамические нарушения, обеспечивают функциональный покой поджелудочной железы, проводят детоксикацию, осуществляют антибиотикопрофилактику и антибиотикотерапию гнойно-септических осложнений и т. д. Для решения вопроса о сроках и объеме оперативного вмешательства важно объективно оценить степень и границы поражения поджелудочной железы.

4.1. Определение начала острого панкреатита

В подавляющем большинстве случаев в лечении тяжёлых форм острого панкреатита временной фактор имеет определяющее значение для исхода заболевания. Это принципиально важный вопрос, так как и особенности стадийного течения патофизиологического процесса острого панкреатита, и тактика его лечения тесно связаны именно с моментом возникновения заболевания. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Чаще всего он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками, которые обычно пациенту до этого помогали.

К патофизиологическим факторам, которые формируют этот характерный для острого панкреатита болевой синдром, относятся:

1) отёк поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, которые ведут к перерастяжению капсулы поджелудочной железы и непосредственному раздражению болевых рецепторов чревного сплетения;

2) парез кишечника; при растяжении стенки кишки раздражаются болевые рецепторы брюшины;

3) ферментативный экссудат непосредственно раздражает болевые рецепторы брюшины.

Из вышеперечисленных патофизиологических факторов третий (ферментативный экссудат) характерен для деструктивных форм острого панкреатита; при отёчной форме острого панкреатита ферментативный экссудат, как правило, не образуется. Описанный болевой синдром не может быть купирован за одни сутки: если на следующие сутки после поступления больного купировались абдоминальные боли, то у больного имел место не острый панкреатит, а «панкреатическая колика» или другое заболевание.

Начало острого панкреатита должно определяться по времени появления абдоминального болевого синдрома, а не по времени поступления больного в стационар. Выявить момент начала заболевания можно при тщательном сборе анамнеза; обычно больные, а особенно тяжёлые, хорошо помнят часы и даже минуты момента появления характерного болевого синдрома. При переводе больного из одного стационара в другой (например, из ЦРБ в областную больницу) началом заболевания следует считать время появления болевого синдрома при первичном обращении за медицинской помощью.

4.2. Классификация острого панкреатита

В классификации острого панкреатита необходимо учитывать взаимосвязь клинических форм с морфологическими проявлениями, которые являются характерными для каждой фазы заболевания.

Целесообразно выделять три клинические формы острого панкреатита: лёгкий, средний и тяжёлый ОП.

Острый панкреатит лёгкой степени – наиболее распространенная клиническая форма ОП – 85 %. Летальность минимальная (0,5 %), встречается при развитии ОП у больных, имеющих тяжёлую сопутствующую патологию. Панкреонекроз (отёчный панкреатит) при данной форме острого панкреатита не образуется и органная недостаточность не развивается.

Острый панкреатит средней степени тяжести. Частота встречаемости 10 %, летальность – 10 – 15 %. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания (парапанкреатический инфильтрат, киста, абсцесс), или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

Острый панкреатит тяжёлой степени. Частота встречаемости 5 %, летальность – 50 – 60 %. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза, и/или развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Больных с диагнозом «острый панкреатит» по возможности следует направлять в многопрофильные стационары.

4.3. Фазы острого панкреатита

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причем каждой его фазе соответствует определенная клиническая форма.

Ферментативная фаза (до пяти суток). На этом этапе происходит омертвление отдельных участков поджелудочной железы (панкреонекроз). В результате выхода ферментов из погибших клеток в кровь развивается эндогенная интоксикация (отравление организма образующимися в нем токсическими веществами), а у ряда пациентов возникают полиорганная недостаточность и эндотоксический шок. Средняя длительность гиперферментемии составляет пять суток.

Выделяют две клинические формы острого панкреатита: «тяжелый» и «нетяжелый».

«**Тяжелый**» острый панкреатит, частота встречаемости до 5 %, летальность 50 – 60 %. Морфологическим субстратом тяжелого ОП является распространенный панкреонекроз (крупноочаговый тотально-субтотальный), которому соответствует эндотоксикоз тяжелой степени.

«**Нетяжелый**» острый панкреатит, частота встречаемости до 95 %, летальность – 2 – 3 %. Панкреонекроз при данной форме ОП либо не образуется (отек поджелудочной железы), либо носит ограниченный характер и широко не распространяется. Нетяжелый ОП сопровождается эндотоксикозом, выраженность которого не достигает тяжелой степени.

Реактивная фаза (2-я неделя заболевания) характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической клетчатке). Клинической формой данной фазы является парапанкреатический инфильтрат.

Фаза расплавления и секвестрации – (начинается с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев). Секвестры в под-

желудочной железе и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможно два варианта течения этой фазы:

– асептические расплавления и секвестрация – инфицированный панкреонекроз и некроз парапанкреатической клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания являются гнойно-некротический парапанкреатит и его осложнения (гнойно-некротические затеки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный оментобурсит, гнойный перитонит, аррозионные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т. д.).

Больных с диагнозом «острый панкреатит» следует направлять в многопрофильные хирургические стационары.

4.4. Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания (первые пять суток)

Диагностика и лечение острого панкреатита в ферментативной фазе, как правило, осуществляется в приемном отделении или отделении экстренной помощи.

Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня БДС. В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого является ЭПСТ. При вклиненном камне БДС и ОП ЭПСТ проводится без ретроградной холангиопанкреатикографии.

Оптимальным видом лечения при ферментативной фазе признана ***интенсивная консервативная терапия.***

4.5. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите

Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите, как правило, осуществляется в приемном отделении больницы.

Основанием для установки диагноза острого панкреатита после исключения другой хирургической патологии является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

а) типичная клиническая картина (интенсивные, не купирующиеся спазмолитиками боли опоясывающего характера, многократная рвота, вздутие живота, а в анамнезе погрешность в диете, наличие ЖКБ и др.);

б) на УЗИ – увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости);

в) лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия);

г) высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2 – 3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе;

д) лапароскопические признаки острого панкреатита (см. протокол 5.5).

Методы а), б), в) считаются обязательными при диагностике ОП, а лапароскопия и лапароцентез выполняются по показаниям (см. протокол 5.5).

Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания (тяжелый или нетяжелый). Важно раннее определение тяжелого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала.

Признаки, характерные для **тяжелого ОП**, следующие:

1. Клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика (тахии- или брадикардия, снижение систолического А/Д ниже 100 мм рт. ст.);
- олигурия (менее 250 мл за последние 24 часа);
- энцефалопатия (заторможенность, делирий);
- наличие кожных симптомов (гиперемия лица, мраморность кожных покровов и др.

2. Анализ крови:

- гемоглобин выше 150 г/л;
- лейкоцитоз выше 12×10^9 г/л;
- биохимический анализ крови: глюкоза свыше 10 ммоль/л;

- мочевины выше 12 ммоль/л;
- ЭКГ – ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения.

Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных выше, позволяет диагностировать тяжелый ОП, пациент подлежит направлению в отделение интенсивной терапии. Остальным пациентам (нетяжелый ОП) показана госпитализация в хирургическое отделение.

4.6. Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

4.6.1. Интенсивная консервативная терапия – основной вид лечения

В течение первых трех дней из-за того, что гиповолемия с последующей ишемией внутренних органов является важным фактором в патогенезе и развитии острого панкреатита, всех больных с абдоминальной болью и высоким уровнем амилазы следует рассматривать как пациентов с потенциально прогрессирующим тяжелым панкреатитом. Таким пациентам без замедления начинают проводить интенсивную жидкостную терапию в соответствии со следующей схемой:

- физраствор и лактат Рингера, стерофундин должны вводиться с начальной скоростью 1 – 2 л. Для поддержания темпа диуреза 100 – 200 мл/ч;

- если темп диуреза после введения 2 – 4 л жидкости ниже, то следует катетеризировать мочевого пузырь;

- если темп диуреза не повышается, то должен быть установлен катетер в центральную вену и через него введена жидкость под контролем ЦВД;

- далее жидкость (физраствор, лактат Рингера, стерофундин) должна вводиться со скоростью 6 – 10 л/день (или даже больше) в зависимости от темпа диуреза и ЦВД.

В течение первых трех дней пациенты могут накапливать 6 – 12 л жидкости (рис. 1).

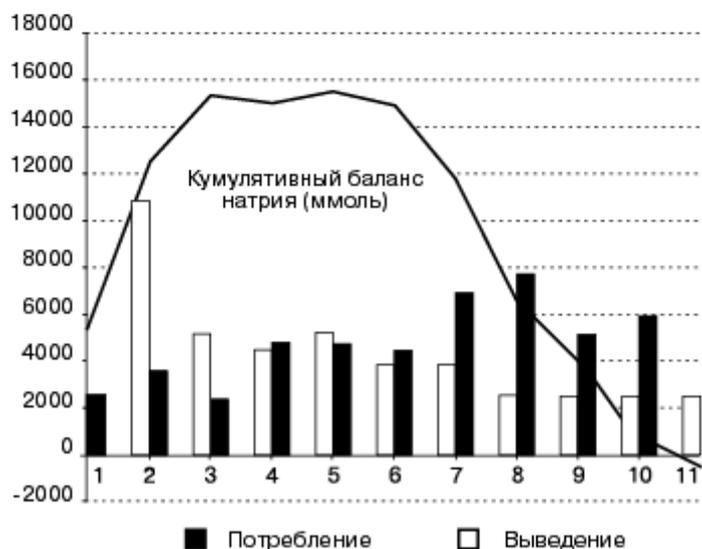


Рис. 1. Балансы жидкости и натрия у пациентов с неосложненным острым панкреатитом

В течение всего восстановительного периода наблюдается значительная мобилизация натрия и воды из тканей, что часто сочетается с клиническим улучшением (восстановлением моторики кишечника, снижением концентрации стромалингов и амилазы).

Иммобилизация жидкости замедляется при осложненной форме тяжелого острого панкреатита, и поэтому пациент остается отечным до принятия необходимых мер. В комплекс консервативной терапии необходимо включение специализированного лечения (см. ниже).

4.6.2. Специализированное лечение

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок – первые трое суток заболевания): препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100 мкг × 3 раза подкожно; препараты резерва – квамател (40 мг × 2 раза в/в), 5-фторурацил (5%-ный 5 мл в/в).

2. Реологически активная терапия (гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.).

3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и другое: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов – 1:4).

4. Гистопротекция: антиферментная терапия (контрикал – не менее 50 тыс. ед., гордокс – не менее 500 тыс. ед. в/в; оптимальный срок – первые пять суток заболевания); антиоксидантная и антигипоксантная терапия.

5. Детоксикация: при тяжёлом ОП показаны экстракорпоральные методы детоксикации, из которых наиболее эффективным считается серийный лечебный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксинового шока) с последующей плазмозаменой (1 – 3 сеанса через 24 – 48 часов, средний объём плазмоэксфузии около 1 л), каждый сеанс экстракорпоральной детоксикации (помимо непосредственного плазмафереза) должен сопровождаться регидратацией и коррекцией водно-солевого обмена в режиме форсированного диуреза. Процесс детоксикации при тяжёлом ОП может также достигаться путём эвакуации токсических экссудатов (перитонеального, а особенно ретроперитонеального) при лапароскопическом (или с помощью лапароцентеза) дренировании брюшной полости и при лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки.

6. Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III – IV поколений или фторхинолоны II – III поколений в сочетании с метронидазолом).

Глава 5. ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

5.1. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите в первую неделю заболевания

Как правило, диагностика острого панкреатита проводится в приёмном отделении или отделении экстренной помощи.

Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);

б) характерные признаки по данным лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ): увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости;

в) гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более;

г) высокая активность амилазы ферментативного эксудата (в 2 – 3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароскопии (лапароцентезе);

д) лапароскопические признаки острого панкреатита (см. протокол 5.5).

Методы а), б), в) обязательны при диагностике ОП, методы г) и д) (лапароскопия и лапароцентез) выполняются по показаниям (см. протокол 5.1).

1. Если диагноз острого панкреатита устанавливается на основании методов а) и в), то выполнение ангио-СКТ (МРТ) для постановки диагноза в течение первой недели заболевания обычно не требуется.

2. Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания: тяжёлый, среднетяжелый или лёг-

кий ОП (табл. 1). Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала.

Таблица 1

Критерии степени тяжести острого панкреатита (Атланта, 1992)

Легкий панкреатит	Тяжелый панкреатит
Минимальные функциональные нарушения и отсутствие тяжелых осложнений	Наличие ПОН или местных осложнений
Быстрый клинический эффект от консервативной терапии с купированием симптомов и нормализацией показателей	Наличие 9 баллов и более по шкале АРАСНЕ-II или шок (систолическое артериальное давление меньше 90 мм рт. ст.). Дыхательная недостаточность (раО ₂ меньше 60 мм рт. ст.) Почечная недостаточность (уровень креатинина выше 177 мкмоль/л) Желудочно-кишечное кровотечение более 500 мл/сут) Коагулопатия (уровень тромбоцитов менее 100 – 10 ⁹ г/л, фибриногена менее 1,0 г/л) Метаболические нарушения (гипокальциемия менее 1,87 ммоль/л)

3. Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в таблице, позволяет диагностировать тяжёлый или среднетяжёлый ОП, пациент подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (лёгкий ОП) показана госпитализация в хирургическое отделение.

4. Интенсивный болевой синдром, не купируемый ненаркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ. При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ производится без ЭРХПГ.

5. Оптимальным видом лечения острого панкреатита в ферментативной фазе является **интенсивная консервативная терапия**. Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, гнойные затеки в парапанкреатической клетчатке, острая кишечная непроходимость и др.).

5.2. Протокол лечения острого панкреатита лёгкой степени

Для лечения лёгкого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование желудка и аспирация его содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия с форсированием диуреза.

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной терапией: инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела.

При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 8 – 10 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита (см. табл. 1) следует констатировать тяжёлый/среднетяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии, а также проводить лечение, соответствующее тяжёлому/среднетяжёлому острому панкреатиту (протоколы 4.6, 5.3).

5.3. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита средней степени тяжести

Основной вид лечения – интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при среднетяжёлом остром панкреатите необходимо дополнять специализированным лечебным комплексом (см. ниже).

Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 24 часа от начала заболевания). При поступлении больных ОП средней степени необходимо госпитализировать их в от-

деление реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Для исключения диагностических ошибок дежурной службой больных ОП средней тяжести целесообразно наблюдать в течение суток в условиях ОРИТ. При отсутствии явлений органной недостаточности и прогрессирования заболевания в течение суток больных острого панкреатита средней степени можно перевести в хирургическое отделение. При условии появления у больных ОП средней тяжести, находящихся в хирургическом отделении, признаков органной недостаточности и прогрессирования заболевания – гипотонии (АД < 100 мм рт. ст.), дыхательной недостаточности (ЧД > 30 уд./мин), делирия и другое – последних необходимо перевести в ОРИТ.

5.4. Протокол интенсивной терапии острого панкреатита тяжёлой степени

Основной вид лечения – интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом остром панкреатите недостаточно эффективен и должен быть дополнен специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). При поступлении больные ОП тяжёлой степени должны быть госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии. Лечебно-диагностический комплекс для больных ОП тяжёлой степени необходимо проводить в условиях ОРИТ, после купирования явлений органной недостаточности и стабилизации состояния (купирование делирия, расстройств гемодинамики, дыхательной деятельности и др.) возможен перевод пациентов в хирургическое отделение.

Специализированный лечебный комплекс

1. Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания).
2. Антисекреторная терапия (оптимальный срок в первые трое суток заболевания): препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100 мкг × 3 раза подкожно; препараты резерва – квамател (40 мг × 2 раза в/в), 5-фторурацил (5%-ный – 5 мл в/в).

3. Реологически активная терапия (рополиглукин, рефортан и др.):
– инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза;

– цитопротекция.

4. Антиферментная терапия (контрикал не менее 50 тыс. ед. в/в, гордокс – не менее 500 тыс. ед. в/в, оптимальный срок – первые пять суток заболевания).

5. Антиоксидантная и антигипоксандрная терапия.

6. Детоксикация: при тяжелом панкреатите показаны экстракорпоральные методы детоксикации, из которых наиболее эффективным считается обменный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксического шока) с последующей плазмозаменой (1 – 3 сеанса) через 24 – 48 часов, средний объем эксфузии около 1000 мл). Каждый сеанс экстракорпоральной детоксикации (помимо непосредственного плазмафереза) должен сопровождаться регидратацией и коррекцией водно-солевого обмена в режиме форсированного диуреза.

Процесс детоксикации при тяжелом остром панкреатите может также достигаться путем эвакуации токсических экссудатов (перитонеального, особенно ретроперитонеального) при лапароскопическом (или с помощью лапароцентеза) дренировании брюшной полости и лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки.

7. Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III – IV поколений или фторхинолоны II – III поколений в сочетании с метронидозолом).

5.5. Протокол лапароскопической операции

Лапароскопия показана при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи лапароскопической операции могут быть *диагностическими, прогностическими и лечебными*. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

Задачи лапароскопической операции: подтверждение диагноза острого панкреатита и соответственно исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии – мезентериального тромбоза и др.

К признакам острого панкреатита относятся:

- отек корня брыжейки поперечно-ободочной кишки;
- наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2 – 3 раза превышающий активность амилазы крови);
- стеатонекрозы;
- выявление признаков тяжелого панкреатита;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишневый, коричневый);
- распространенные очаги стеатонекрозов;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы.

Верификация серозного («стекловидного») отёка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжёлого общего состояния пациента) не исключает наличия тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

Лечебные задачи:

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
- желательна лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);
- при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха.

Глава 6. ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА ВТОРОЙ НЕДЕЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

6.1. Протокол диагностики и мониторинга парапанкреатического инфильтрата

Вторая неделя заболевания характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, которая клинически выражается парапанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Парапанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка – закономерные признаки деструктивного (тяжёлого или среднетяжёлого) панкреатита, тогда как при отёчном (лёгком) панкреатите эти признаки не выявляются.

Помимо клинических признаков (парапанкреатический инфильтрат и лихорадка) вторая неделя ранней фазы острого деструктивного панкреатита (ОДП) характеризуется:

– лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;

– наличием признаков ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреатической клетчатке).

Мониторинг парапанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее двух исследований на второй неделе заболевания).

В конце второй недели заболевания целесообразна компьютерная томография зоны поджелудочной железы, так как к этому сроку у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трёх возможных исходов реактивной фазы:

1) рассасывание, при котором отмечается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции;

- 2) септическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции на фоне сохраняющейся гиперамилаземии;
- 3) септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений).

6.2. Протокол тактики лечения парапанкреатического инфильтрата

Парапанкреатический инфильтрат – местное проявление реактивной фазы острого деструктивного панкреатита. В основе механизма его формирования лежат асептическая воспалительная реакция на очаги некроза в поджелудочной железе и окружающей клетчатке. Возможны три пути исхода парапанкреатического инфильтрата: рассасывание, формирование кист через стадию оментобурсита и нагноение.

У большинства пациентов лечение парапанкреатического инфильтрата проводится консервативно. Патогенетически оправданной является тактика массивной антибактериальной терапии по деэскалационному типу с сонографическим мониторингом эффективности проводимой терапии.

Оментобурсит – скопление воспалительной жидкости в сальниковой сумке. Выявление оментобурсита в виде эхонегативной полосы толщиной более 1,5 см служит показанием к удалению жидкости путем пункции и дренирования сальниковой сумки под сонографическим или КТ-контролем.

Постнекротические кисты – в основном следствие перенесенного панкреонекроза, когда вокруг скопления панкреатического секрета формируется «стенка» за счет окружающих поджелудочную железу тканей и смежных органов. Следует отметить, что острые псевдокисты могут сообщаться с главным панкреатическим протоком. Основными методами диагностики являются УЗИ и КТ. Операция выбора – пункция и дренирование острой псевдокисты под сонографическим или КТ-контролем. Связь с главным панкреатическим протоком железы подтверждается рентгенофистулографией.

Абсцесс ПЖ и сальниковой сумки – инфицированное отграниченное образование, расположенное в толще ПЖ либо вне ее, в зоне очага некроза. Основным источником инфекции является эндогенная

транслокация микробов. Абсцесс ПЖ чаще представляет собой инфицированную псевдокисту. Лучевая диагностика абсцесса поджелудочные железы и сальниковой сумки определяет показания к дренированию под УЗИ-контролем или КТ-контролем. Полученный гной и детрит исследуют бактериологически. Проводят санацию гнойно-некротической полости антисептиками и гидрофильными гелями. Санация абсцесса нередко сопровождается вымыванием секвестров ПЖ и формированием наружного протокового свища.

Лапаротомия на второй неделе ОДП выполняется только при осложнениях хирургического профиля (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость, гнойные затеки и др.), которые невозможно устранить эндоскопическими методами.

Флегмона забрюшинной клетчатки – инфицирование клетчатки вокруг поджелудочной железы. Основным источником инфекции является эндогенная транслокация микробов. Диагноз подтверждается экстренной сонографией или КТ. Наиболее часто наблюдаются парапанкреатическая флегмона и параколическая флегмона слева, реже параколическая флегмона справа, еще реже тазовая и двухсторонняя. Флегмона забрюшинной клетчатки служит показанием к экстренному хирургическому вмешательству. Операция выбора – вскрытие парапанкреатического забрюшинного пространства путем люмботомии на стороне поражения. Успех зависит от адекватного дренирования парапанкреатической флегмоны. Нередко во время операции удается одномоментно выполнить дистальную некросеквестрэктомию. Установленные дренажи используют для проточной санации гнойной полости. Альтернативным видом дренирования забрюшинной флегмоны будет ее дренирование 5-миллиметровыми силиконовыми дренажами под сонографическим контролем.

Состав лечебного комплекса:

1. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.

2. Питание: стол № 5.

3. При среднетяжёлом остром панкреатите нутриционная поддержка или парентеральная, энтеральная нутриционная поддержка при тяжёлом остром панкреатите.

4. Антибиотикотерапия (цефалоспорины III – IV поколений или фторхинолоны II – III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва – карбапенемы).

5. Иммуномодуляция (два подкожных и внутривенных введения ронколейкина по 250 000 ед. с интервалом в 2 – 3 дня).

6.3. Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений

У больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита на первом этапе всегда возможно выполнение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ и рентгентелевидения (РТВ).

Алгоритм лечебных манипуляций при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита представлен на рис. 2.



Рис. 2. Алгоритм лечебных манипуляций при гнойно-некротических осложнениях деструктивного панкреатита

Однако при сохраняющейся интоксикации в течение 18 – 20 суток необходимо решение вопроса об адекватной санации гнойных очагов. Предпочтителен минимально-инвазивный доступ с целью сохранения минимально травматичного подхода в лечении данной группы больных. При этом предполагается, что хирургическое вмешательство будет проходить в более благоприятных условиях, поскольку к этому времени происходит ограничение зоны некроза от здоровых тканей.

6.4. Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита

При остром деструктивном панкреатите в фазе септического расплавления и секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) развиваются инфицированный панкреонекроз (ИП) и гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространенности.

Критерии ИП и ГНПП:

- клинико-лабораторные проявления гнойного очага;
- прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОДП;
- воспалительные маркеры (повышение фибриногена в два раза и более, высокие С-реактивный белок, прекальцитонин и др.);
- на КТ и УЗИ нарастание воспаления и жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа;
- положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции. Решение о наличии у пациентов ГНПП принимается на основании лабораторно-клинического минимума.

6.5. Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита

1. При гнойных осложнениях ОДП показано хирургическое вмешательство с целью санации пораженной брюшинной клетчатки.

Объект оперативного вмешательства – гнойно-некротический парапанкреатит и/или инфицированный панкреонекроз. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование пораженной за-

брюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некросеквестрэктомия, которая может быть одномоментной и многоэтапной и достигается как традиционным, так и миниинвазивными методами.

2. Энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца) (табл. 2).

Таблица 2

Нутриционное лечение легкой и среднетяжелой форм панкреатита

1-й период (2 – 5 дней). Снижение ферментемии	Инфузионная терапия Ничего перорально Анальгетики
2-й период (3 – 7 дней). Отсутствие болевого синдрома, снижение ферментемии	Восстанавливающая диета: – богатая углеводами; – умеренная в белках; – умеренная в жирах
3-й период. Нормальная диета, избегать избытка жиров	Нормальная диета, избегать избытка жиров

3. Антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибиотика зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений.

4. Иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей:

– при сепсисе, угрозе септического шока заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с гормонами;

– при стойком и выраженном СВР антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные методы лечения);

6.6. Поздняя фаза (фаза секвестрации)

Фаза секвестрации начинается, как правило, с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев. Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы могут происходить разгерметизация ее протоковой системы и образо-

вание внутреннего панкреатического свища. От конфигурации панкреонекроза (локализации, глубины, отношения к главному панкреатическому протоку и др.) и объема оставшейся жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы зависят количество, масштабы и скорость распространённости жидкостного образования в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развитие других осложнений. Возможно два варианта течения этой фазы.

1. Асептическая секвестрация: стерильный панкреонекроз, характеризуется появлением изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических псевдокист ПЖ.

2. Септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы ПЖ и парапанкреатической клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный панкреонекроз, который может быть отграниченным (абсцесс) или неотграниченным (гнойно-некротический парапанкреатит). При прогрессировании гнойных осложнений инфицированный панкреонекроз может иметь собственные осложнения (гнойно-некротические затеки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный перитонит, аррозийные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т. д.) с развитием эндотоксикоза инфекционного генеза, органной и полиорганной недостаточности.

При стерильном панкреонекрозе необходимо продолжать консервативную терапию до 4 – 6 недель (Ю. П. Ди Магно, 1998; И. И. Затевахин с соавт., 2007). При гнойно-дегенеративных осложнениях панкреонекроза целесообразно пользоваться следующей классификацией осложнений панкреонекроза (И. И. Затевахин с соавт., 2007).

Неинфицированные осложнения:

- 1) парапанкреатический инфильтрат;
- 2) оментобурсит (скопление жидкости в сальниковой сумке или постнекротическая киста);
- 3) ферментативный целлюлит (асептическая деструкция забрюшинной клетчатки).

Инфицированные осложнения:

- 1) абсцесс сальниковой сумки;
- 2) флегмона забрюшинной клетчатки;
- 3) абсцесс забрюшинной клетчатки.

Глава 7. ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ФАЗЕ АСЕПТИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРАЦИИ

7.1. Протокол диагностики и мониторинга кисты поджелудочной железы

Клинической формой острого деструктивного панкреатита в фазе асептической секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является постнекротическая киста поджелудочной железы, срок формирования которой составляет в среднем шесть месяцев.

Критерии верификации кисты поджелудочной железы:

а) стихание синдрома системной воспалительной реакции на фоне сохраняющейся гиперамилаземии;

б) увеличение к третьей неделе заболевания размеров жидкостного скопления в парапанкреатической клетчатке по данным УЗИ, КТ;

в) исследование аспирата, полученного при тонкоигольной пункции;

г) высокое содержание уровня амилазы (на несколько порядков превышающее уровень амилазы сыворотки крови);

д) отрицательные данные бактериоскопии и бакпосева;

ж) при отсутствии осложнений (см. ниже) больного можно выписать на амбулаторное лечение. Проводить мониторинг размеров кисты по данным УЗИ (1 раз в 2 – 4 недели);

з) если при асептической секвестрации не возникает вскрытия протоковой системы поджелудочной железы, то образование кисты не происходит. В данном случае, как правило, наблюдается рассасывание парапанкреатического инфильтрата (редукция жидкостного скопления в области поджелудочной железы) в сроки до четырех недель. В этот период больные должны находиться под динамическим врачебным наблюдением (допустимо в амбулаторном порядке).

7.2. Протокол лечения кисты поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5 см) оперировать нецелесообразно, они подлежат динамическому наблюдению хирурга. Кисты поджелудочной железы большого размера (более 5 см) подлежат оперативному лечению в плановом порядке при

отсутствии осложнений (см. ниже). Операцией выбора незрелой (не-сформировавшейся) кисты (менее 6 месяцев) является наружное дренирование. Зрелая (сформировавшаяся) киста (более 6 месяцев) подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

Осложнения кисты поджелудочной железы:

- инфицирование;
- кровотечение в полость кисты;
- перфорация кисты с прорывом в свободную брюшную полость с развитием перитонита;
- сдавление соседних органов с развитием механической желтухи, стеноза желудка, кишечной непроходимости и др.

Глава 8. ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Клинической формой острого деструктивного панкреатита в фазе септической секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является парапанкреатический абсцесс (ПА) или инфицированный панкреонекроз (ИП) – гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространённости.

8.1. Критерии ПА и ГНПП

Клинико-лабораторные проявления гнойного очага:

1. Прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОДП.
2. Воспалительные маркеры (повышение фибриногена в два раза и более, высокие «С»-реактивный белок, прокальцитонин и др.).
3. КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).
4. Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции.

В случае, когда методами пп. 1, 3, 4 не удаётся выявить признаки инфицирования, решение о наличии у пациентов гнойных осложнений и показаний к оперативному лечению принимается на основании лабораторно-клинического минимума.

8.2. Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита

При гнойных осложнениях острого деструктивного панкреатита показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть одномоментной и многоэтапной и достигается как традиционными, так и миниинвазивными методами.

8.3. Выбор доступа и объема операции при установлении показаний к операции

Характер и объем хирургического вмешательства зависит от сроков заболевания (фазы патологического процесса), распространенности и локализации процесса, тяжести течения (наличия панкреатогенного шока или делирия, выраженности синдрома полиорганной недостаточности, наличия инфицированного некроза). В зависимости от этого на различных этапах применяют как традиционные, так и миниинвазивные вмешательства.

При отсутствии до операции четких данных о локализации поражения и некроза, при распространенном (субтотальном или тотальном) поражении поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки, а также при наличии перитонита целесообразно выполнение срединной лапаротомии. Объем вмешательства при лапаротомии заключается в выполнении «*полуоткрытой*» дренирующей операции, обязательными компонентами которой являются:

- вскрытие желудочно-ободочной связки;
- эвакуация экссудата из сальниковой сумки и свободно лежащих секвестров;
- вскрытие затеков;
- рассечение заднего листка париетальной брюшины по верхнему и нижнему контуру поджелудочной железы;
- мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру для выделения из забрюшинной клетчатки головки поджелудочной железы;

– вскрытие забрюшинных пространств с обеих сторон путем мобилизации восходящей и нисходящей ободочной кишки (рассечение париетальной брюшины по боковым переходным складкам, пересечение печечно-ободочной, желудочно-ободочной и диафрагмально-ободочной связок);

– сквозное дренирование сальниковой сумки 1 – 2-трубчатыми дренажами с выведением в боковых сливных точках сальниковой сумки (справа – через винслово отверстие, слева – через забрюшинное пространство позади нисходящей ободочной кишки);

– дренирование забрюшинного пространства с обеих сторон двумя широкопросветными трубками с выведением в поясничных областях (люмботомия, люмбостомия);

– дренирование брюшной полости (при наличии выпота) по боковым каналам и малого таза.

В ряде случаев целесообразно выполнение **«открытого»** метода дренирующих операций, который предусматривает дополнение вышеуказанного вмешательства созданием оментопанкреатобурсостомы и/или лапаростомы. Основными показаниями к **«открытому»** методу являются: инфицированный субтотальный и тотальный панкреонекроз и панкреатогенный абсцесс с тотальным поражением забрюшинной (парапанкреатической, параколической и тазовой) клетчатки, релапаротомия после неэффективного **«закрытого»** или **«полуоткрытого»** методов дренирования.

Оментопанкреатобурсостому формируют путем подшивания фрагментов желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине в верхней/трети лапаротомной раны по типу марсупиализации.

Дополнительное создание лапаростомы показано при развитии распространенного гнойного перитонита и крайней степени тяжести состояния больного при распространенном инфицированном панкреонекрозе (тяжелый сепсис, септический шок, АНАСНЕ II более 12 баллов). Программируемые санации забрюшинной клетчатки и брюшной полости проводятся через 24 – 48 часов.

При отграниченных формах инфицированного панкреонекроза (абсцесс, киста) применяются пункционно-дренажные или миниинвазивные методы хирургического лечения.

Уточнение распространенности патологического процесса на дооперационном этапе позволяет формировать забрюшинную стому

(бурсооментостому, люмбостому в подвздошной области и их сочетании). Операции через указанные стомы эффективны при левостороннем и центральном расположении забрюшинного некроза.

Вскрытие, санацию и дренирование сформированных гнойных очагов целесообразно осуществлять забрюшинными доступами.

Доступ и объем при вмешательствах у ранее оперированных больных определяются вышеуказанными факторами и условиями. В подавляющем большинстве случаев предпочтение следует отдавать локальным (внебрюшинным) доступам.

После операции у подавляющего большинства больных формируется наружный панкреатический свищ, который после купирования воспалительного процесса лечится консервативно и закрывается самостоятельно в среднем за 2 – 4 месяца. Стойкий панкреатический свищ, не закрывающийся более чем за шесть месяцев, как правило связан с крупными панкреатическими протоками поджелудочной железы. Он подлежит оперативному лечению в плановом порядке.

В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:

– парэнтеральная или энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца) при невозможности перорального питания;

– системная антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибиотика зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений;

– иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей.

Глава 9. ПРОТОКОЛЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ (МКБ-10; К-56)

Острая кишечная непроходимость (ОКН) – одно из наиболее грозных заболеваний, встречающихся в абдоминальной хирургии и составляет до 10 % от всех неотложных хирургических состояний.

Доказано, что у 60 % больных причиной ОКН являются спайки в брюшной полости.

Послеоперационная летальность при ОКН остается высокой и составляет, по данным разных авторов, 10 – 15 %. Во Владимирской области послеоперационная летальность при ОКН – 8,1 %. Позднее обращение больного, трудности диагностики и неэффективность лечения на поздних стадиях развития заболевания можно назвать основными причинами высокой летальности.

9.1. Классификация острой кишечной непроходимости

Острая кишечная непроходимость классифицируется:

По морфофункциональным признакам:

1. Динамическая (функциональная) кишечная непроходимость – нарушена двигательная функция кишечной стенки без механического препятствия для продвижения кишечного содержимого:

- паралитическая кишечная непроходимость;
- спастическая кишечная непроходимость.

2. Механическая кишечная непроходимость – окклюзия кишечной трубки на каком-либо уровне, что и обуславливает нарушение пассажа кишечного содержимого:

а) 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;

б) obturatio 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;

в) смешанная непроходимость кишечника (сочетание странгуляции и obturatio);

г) инвагинационная кишечная непроходимость как результат инвагинации;

д) спаечная кишечная непроходимость, развивающаяся за счёт сдавления кишечника спайками брюшной полости.

По клиническому течению:

- острая;
- хроническая.

По уровню непроходимости:

- высокая (тонкокишечная, проксимальнее связки Трейца);
- низкая (толстокишечная, дистальнее связки Трейца).

По пассажу химуса:

- полная;
- частичная.

По происхождению:

- врождённая;
- приобретённая.

9.2. 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. 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 1-й группы показано проведение интенсивной предоперационной подготовки с установкой катетера в магистральную вену (катетеризация подключичной вены) и выполнение экстренного оперативного вмешательства в течение первых 2 – 4 часов после поступления в стационар после короткой предоперационной подготовки с участием анестезиолога-реаниматолога.

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

Все остальные пациенты попадают во 2-ю группу, группу **«нетяжёлых»** больных и обследуются в условиях хирургического отделения стационара. Этим больным следует разделять на три потока:

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

9.2.1. 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).

2. При объективном обследовании подтвердить диагноз можно по следующим признакам:

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

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

4. Инструментальные исследования:

- обзорная рентгенография брюшной полости;
- обзорная рентгенография грудной клетки;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭКГ.

5. После выполнения ЭКГ проводится консультация врача-терапевта.

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в ОСМП (х/о) в течение 1 – 4 часов.

Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции после короткой предоперационной подготовки в сроки не более 2 – 4 часов после поступления больного в стационар. Больные направляются в операционную сразу из ОСМП.

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 поколения, цефалоспоринов III поколения и метронидозола 100 мл за 30 – 40 мин до начала операции;

- проведение инфузионной терапии на операционном столе с целью гидратации и коррекции реперфузионного синдрома (внутривенно 1,5 л растворов кристаллоидов, реамберин 400 мл, цитофлавин 10 мл в разведении на 400 мл 5%-ного раствора глюкозы.

9.2.2. Группа больных с обтурационной опухолевой кишечной непроходимостью

Значительные разногласия встречаются в литературе по вопросу определения степени выраженности толстокишечной непроходимости, что и породило множество классификаций клинического течения заболевания. Наиболее часто употребляемой в ургентной колопроктологии является классификация, разработанная в НИИ колопроктологии РАМН. Согласно предлагаемой классификации толстокишечная непроходимость подразделяется на три степени выраженности толстокишечной непроходимости (рис. 3).



Рис. 3. Основные патогенетические механизмы развития ОКН

В первой стадии не происходит грубых морфофункциональных изменений в стенке кишки, нет нарушений водно-электролитного баланса и синдрома эндогенной интоксикации. Таким больным, за исключением случаев странгуляционной кишечной непроходимости, показана консервативная терапия. Для второй стадии ОКН характерно острое расстройство внутривисцеральной кишечной микроциркуляции. Это уже не просто реакция организма на прекращение кишечного пассажа, а глубокие патологические изменения, в основе которых лежат гипоксия тканей и развитие бурных аутокатолических процессов. Установлено, что при увеличении внутривисцерального давления до 30 мм рт. ст. полностью прекращается капиллярный кровоток в стенке кишки.

Все вышесказанное дает основание трактовать вторую стадию ОКН как процесс острых нарушений внутривисцеральной кишечной гемодинамики. Принимая во внимание его прогрессирующий характер, в этой стадии уже нельзя придерживаться тактики динамического наблюдения за больным и проведения настойчивого консервативного лечения. Необходимо ставить показания к неотложному оперативному вмешательству.

Выделение третьей стадии ОКН с клинических и патофизиологических позиций связано с развитием перитонита вследствие проникновения микроорганизмов через кишечную стенку в свободную брюшную полость и прогрессирующим синдромом полиорганной недостаточности.

I степень (компенсированная). Жалобы на периодически возникающие запоры, продолжающиеся 2 – 3 дня, которые могут быть ликвидированы с помощью диеты и слабительных. Общее состояние больного удовлетворительное, отмечается периодическое вздутие живота, симптомы интоксикации отсутствуют. Результаты колоноскопии и ирригографии свидетельствуют, что опухоль суживает просвет кишки до 1,5 см, обнаруживается небольшое скопление газов и кишечного содержимого в ободочной кишке.

II степень (субкомпенсированная). Жалобы на стойкие запоры, отсутствие самостоятельного стула. Прием слабительных малоэффективен и дает временный эффект. Периодическое вздутие живота, затрудненное отхождение газов. Общее состояние относительно удовлетворительное. Заметны симптомы интоксикации. Опухоль

суживает просвет кишечника до 1 см. При рентгенологическом исследовании ободочная кишка расширена, заполнена кишечным содержимым. Могут определяться отдельные уровни жидкости («чаши Клойбера»).

III степень (декомпенсированная). Жалобы на отсутствие стула и отхождения газов, нарастающие схваткообразные боли в животе и его вздутие, тошноту, рвоту. Выраженные признаки интоксикации, нарушения водно-электролитного баланса и КОС, анемия, гипопротемия. При рентгенологическом исследовании петли кишечника расширены, раздуты газом. Определяются множественные уровни жидкости.

Критерии диагностики:

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

При объективном обследовании подтвердить диагноз могут следующие признаки:

- различной степени выраженности вздутие живота, 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 ректосигмоидного отдела толстой кишки, определить выраженность стеноза.

Лабораторные исследования:

- клинический анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты);
- биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок, амилаза), оценка газового состава крови.

Инструментальные исследования:

- обзорная рентгенография брюшной и грудной полостей;
- УЗИ брюшной полости;
- 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 очистительных и сифонных клизм в большинстве случаев становится ясен исход консервативных мер 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.

Под **декомпенсированными** нарушениями кишечной проходимости подразумеваются:

1. Задержка стула и газов более трех 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 с перерастянутой правой половиной ободочной кишки.

5. Наличие органических дисфункций в комплексе с клинической картиной ОКН.

6. Отсутствие эффекта от консервативных мероприятий.

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 четырех часов, так как у большинства из них имеются выраженные водно-электролитные расстройства, после чего они оперируются (не позднее шести часов после поступления).

После выполнения стандартного объема 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 трех 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 проводятся основные меры для максимально точного дооперационного определения стадии опухоли и предоперационной подготовки больного.

Данная группа больных оперируется в дневное время в плановой операционной опытной бригадой хирургов.

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).

9.2.3. 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 грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ.

3. После выполнения ЭКГ проводится консультация врача-терапевта.

9.3. Показания к госпитализации в специализированное отделение стационара

Пациента госпитализируют для динамического наблюдения пациентов при купировании симптомов странгуляции на догоспитальном этапе или в ОСМП с коротким сроком анамнеза заболевания (менее 6 – 8 часов) и для проведения динамического наблюдения при других формах ОКН.

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.

9.4. Протокол 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, введенный 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 будет фиксация поступления контраста в толстую кишку.

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

9.5. Протокол 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%-ного 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»). Вмешательство на билио-дигестивном свище обычно в экстренном порядке не выполняется.

Определить показания к резекции кишки можно по визуальным признакам:

- 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 часа.

При решении вопроса о границах резекции следует отступать от видимых границ нарушения кровоснабжения кишечной стенки в сторону приводящего отдела на 35 – 40 см и в сторону отводящего отдела ~ 25 – 30 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 состояние слизистой оболочки. Возможно также использование трансиллюминации, лазерного анализатора капиллярного кровотока (ЛАКК) или других объективных методов оценки кровоснабжения.

Показаниями к дренированию тонкой кишки служат:

- видимое избыточное заполнение содержимым приводящих кишечных петель;
- наличие распространенного перитонита и явлений тяжелого сепсиса;
- 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, когда требуется назоинтестинальная интубация;
- признаках портальной гипертензии;
- распространённом перитоните.

9.6. 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 одновременное устранение ОКН выступает приоритетной задачей, решение которой создает необходимые условия для её коррекции.

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

Эффекты интраоперационной декомпрессии и санации:

1. Одновременное 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 «компактмент-синдрома».

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

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

Интраоперационная декомпрессия толстой кишки должна быть использована во всех случаях лечения опухолевой кишечной непроходимости. По степени декомпрессии и санации методики анте- и ре-

троградной 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.

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

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;
- состояние пациента, позволяющее перенести запланированный объём вмешательства.

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

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

1-я группа – «тяжелые больные» с декомпенсированной ОКН и полиорганной недостаточностью (ПОН) или без неё. Объём оперативного вмешательства определяется в зависимости от наличия признаков. Обычно причиной ПОН называется 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 двуствольного 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 двухствольного противоестественного заднего прохода), учитывая недообследованность пациентов и современную тактику лечения данного заболевания.

Лапароскопический способ формирования колостомы при декомпенсированной ОКН трудновыполним.

2-я группа – декомпенсированная ОКН. Проводится 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 двухствольного противоестественного заднего прохода (сигмостомия, трансверзостомия).

В случае опухолей правого фланга ободочной кишки с явлениями кишечной непроходимости проводится двухэтапная операция (выведение илостомы либо колостомы) либо операция Лахей с последующей ликвидацией стомы в плановом порядке. В условиях непроходимости выполнение радикальной операции с первичным анастомозом нецелесообразно (предпочтение следует отдавать двухэтапным методам операции). Операция заканчивается выведением илеостомы в случае тяжёлого сепсиса и септического шока.

Операциями выбора при декомпенсированной левосторонней ОКН являются двухэтапные операции. Первый этап – выведение колостомы, второй этап – радикальная операция с удалением опухоли и наложением межкишечного анастомоза. Наложение первичного анастомоза при декомпенсированной левосторонней ОКН возможно в условиях высокоспециализированных клиник после выполнения адекватной декомпрессии и санации тонкой и толстой кишок.

Противопоказаниями обычно являются:

- признаки органических дисфункций, гипопропротеинемия;
- перитонит;

- преклонный возраст пациента;
- тяжелая сопутствующая патология;
- невозможность выполнения декомпрессии толстой кишки.

3-я группа – субкомпенсированная ОКН. Данным больным возможно выполнение одномоментных оперативных вмешательств в объеме радикальных резекций (при отсутствии противопоказаний к наложению первичного анастомоза).

Глава 10. ПЕРФОРАТИВНЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ (МКБ-10; К-25.1)

Перфоративная язва – осложненная форма язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, требующая неотложной операции. Чаще перфоративная язва располагается в двенадцатиперстной кишке (70 %), преимущественно встречается у мужчин в возрасте 20 – 30 лет с коротким язвенным анамнезом, чаще в весенний и осенний периоды года. Около 10 % перфоративных язв сопровождаются кровотечением. Различают перфорации хронических и острых язв.

10.1. Классификация гастродуоденальных язв

По локализации:

- 1) язвы желудка:
 - малой кривизны (кардиальные, антральные, препилорические, пилорические);
 - передней стенки (антральные, препилорические, пилорические);
 - задней стенки (антральные, препилорические, пилорические);
- 2) язвы двенадцатиперстной кишки:
 - передней стенки,
 - задней стенки.

По течению:

- прободение в свободную брюшную полость;
- прободение прикрытое;
- прободение атипичное.

Выделяют *три фазы* клинического течения перфоративной язвы:

- 1) фазу шока;
- 2) «мнимого благополучия»;
- 3) распространенного перитонита.

10.2. Стандарты организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

1. Основная задача – диагностировать перфорацию и в экстренном порядке госпитализировать больного. Основанием для диагноза перфоративной язвы при типичной клинической картине является:

- острое начало болезни («кинжальная боль»);
- выраженные признаки раздражения брюшины в начальном периоде вследствие воздействия агрессивных химических факторов;
- исчезновение печеночной тупости.

2. Перед транспортировкой вводят желудочный зонд и без промывания удаляют желудочное содержимое. При тяжелом состоянии во время транспортировки проводится инфузионная терапия. Запрещается введение обезболивающих препаратов.

3. В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях. Делается запись в медицинской карте и берется расписка.

4. В случае самовольного ухода больного из приемного отделения об этом следует сообщить в поликлинику по месту жительства и сделать активный вызов хирурга на дом.

10.3. Стандарты диагностики в хирургическом стационаре

Фазы развития болезни:

1. «Абдоминальный шок» до 6 часов после перфорации;
2. «Мнимое благополучие» – 6 – 12 часов;
3. Разлитой перитонит – после 12 часов.

Симптомы: «кинжальная боль», напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при пальпации.

Степень выраженности симптоматики зависит от срока с момента перфорации.

Первая фаза. Вынужденное положение на правом боку с поджатыми к животу ногами, холодный пот, поверхностное дыхание, втянутый и неподвижный живот, резкое напряжение мышц живота – «доскообразный» живот, его резкая болезненность. Симптом Щеткина – Блюмберга резко положителен. Перкуторно отсутствует печеночная тупость, над печенью «тимпанит».

Вторая – третья фазы. С нарастанием интоксикации появляются заостренные черты лица («лицо Гиппократ»), сухой язык, тахикардия, вздутие живота, отсутствие перистальтических шумов кишечника, болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки. При прикрытой перфорации напряжение мышц уменьшается, сохраняется напряжение мышц в правом подреберье. Перфорация в сочетании с кровотечением проявляется картиной перитонита и нарастающей анемией.

Клинико-лабораторные и аппаратные методы исследования

1. Клинический анализ крови, группа крови, Rh-фактор, сахар крови, билирубин, трансаминазы, коагулограмма, анализ мочи, кровь на RW.

2. ЭКГ необходимо выполнить всем пациентам старше 40 лет для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда.

3. Рентгенологическое исследование.

4. Обзорная рентгенография брюшной полости с целью выявления свободного газа под диафрагмой.

5. Для диагностики прикрытой перфорации проводится пневмогастрография: по зонду удаляют желудочное содержимое, затем в положении больного на левом боку в желудок вводят 500 – 700 мл воздуха. Обнаружение свободного газа в брюшной полости подтверждает диагноз.

6. ФГДС, который позволяет уточнить локализацию язвы и выявить возможные атипичные формы перфорации.

В трудных для диагностики случаях показана диагностическая лапароскопия. При установленном диагнозе больного сразу направляют в операционную.

10.4. Предоперационная подготовка

1. Перед операцией в обязательном порядке ставится желудочный зонд, эвакуируется содержимое желудка.

2. Производятся опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая обработка операционного поля.

3. При тяжелом состоянии (в стадии разлитого перитонита) совместно с анестезиологом-реаниматологом проводится короткая предоперационная подготовка в течение 1 – 2 часов и после этого выполняется операция.

4. В предоперационном периоде целесообразно введение антибиотиков.

10.5. Стандарт анестезиологического обеспечения операции

1. Операция выполняется под общим обезболиванием – методом выбора является эндотрахеальный наркоз.

2. В исключительных случаях (технически невозможен наркоз) возможно выполнение операции под местной анестезией.

10.6. Стандарты хирургической тактики

Консервативный способ лечения перфоративных язв применяется только при невозможности выполнить операцию (отказ больного, решение консилиума врачей, нет технической возможности). Может быть использован метод консервативного лечения по Тейлору: положение Фовлера, постоянная зондовая аспирация желудочного содержимого, детоксикационная терапия, антибиотики, холод на живот.

Выбор метода операции. Вид и объем оперативного вмешательства определяется индивидуально в зависимости от времени, прошедшего с момента перфорации, возраста пациента, характера и тяжести сопутствующей патологии. Различают паллиативные операции (ушивание перфоративного отверстия с иссечением язвы или без нее) и радикальные (резекция желудка, ваготомия). Основная цель операции – спасти жизнь больному. Поэтому большинству больных показано самое простое вмешательство: ушивание перфоративного отверстия.

Учитываются не только переносимость больным оперативного вмешательства, но и возможности операционной бригады и анестезиологической службы.

Резекция желудка показана при пенетрирующих, стенозирующих и подозрительных на малигнизацию язвах желудка в первые шесть часов перфорации при отсутствии перитонита, а также при соответствующем оснащении и квалификации хирургической бригады.

При сочетании перфорации и кровотечения удаление или прошивание кровоточащей язвы обязательно.

При отсутствии показаний к радикальной операции или отсутствии условий ее выполнения производится ушивание перфоративного отверстия.

Ваготомия с иссечением или ушиванием перфоративной язвы и пилоропластикой может быть выполнена у больных с локализацией перфоративной язвы на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки, не сопровождающейся значительным воспалительным инфильтратом. В условиях экстренной операции предпочтение следует отдавать стволовой ваготомии.

Иссечение язвы следует осуществлять с рассечением передней полуокружности привратника и выполнением пилоропластики.

Ушивание показано при наличии разлитого перитонита при сроке прободения более шести часов, тяжелых сопутствующих заболеваниях.

Перфоративные язвы обычно ушиваются однорядным швом в поперечном направлении с фиксацией на линию швов пряди сальника.

Перфоративные язвы пилородуоденальной зоны с большим диаметром перфоративного отверстия предпочтительнее ушивать по Опелю – Поликарпову.

Забрюшинные перфорации выявляют по наличию парадуоденальной клетчатки воздуха и пропитывания желчью. Для ушивания такой язвы необходима предварительная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. После ушивания клетчатку дренируют из люмботомического доступа. При выборе способа операции следует учитывать, что юношеские язвы после их ушивания склонны к заживлению в 80 % случаев, а язвы желудка пожилых – к малигнизации. При язве желудка биопсия обязательна.

Альтернативным методом может служить минимально-инвазивное вмешательство (эндовидеохирургический способ, ушивание из мини-доступа), которые возможны при соответствующем оснащении

и квалификации хирургов. Выявление разлитого перитонита, инфильтрата или признаков внутрибрюшного абсцесса является абсолютным показанием для перехода на лапаротомию.

Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости. Любую операцию следует завершать установкой двух зондов: один для питания – заводится в двенадцатиперстную кишку за место ушитого отверстия, другой – в просвет желудка для его активной декомпрессии.

10.7. Послеоперационное ведение больных

1. Общий анализ крови назначается через сутки после операции и перед выпиской из стационара.
2. Швы снимаются на 9 – 10-е сутки после операции.
3. Выписка из стационара на 10 – 12-е сутки после операции.
4. После минимально-инвазивных вмешательств пациента можно выписать начиная с 5 – 6-х суток.
5. После выписки из хирургического стационара больные должны продолжить лечение у гастроэнтеролога.

Глава 11. ПРОТОКОЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВАХ ГЭА МКБ-10 (К-25.4, К-26.4, К-28.4)

Состояния, при которых возникают желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК), могут явиться осложнением около 100 различных заболеваний и синдромов.

Основными задачами лечебно-диагностического процесса при ЖКК являются:

- 1) распознавание источника и остановка кровотечения;
- 2) оценка степени тяжести и адекватное восполнение кровопотери;
- 3) патогенетическое воздействие на заболевание, осложнением которого стало кровотечение.

Выполнение первых двух задач в объеме неотложного пособия является обязательным, а третья задача может быть отложена на более поздний срок.

11.1. Протокол первичной лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

Все больные с признаками ЖКК или при обоснованном подозрении подлежат немедленному направлению в хирургический стационар.

Установить диагноз желудочно-кишечного кровотечения можно по следующим признакам:

- рвота малоизмененной кровью и/или содержимым по типу «кофейной гущи»;
- «мелена» и/или черный оформленный кал при пальцевом исследовании прямой кишки;
- коллаптоидное состояние, холодный липкий пот в сочетании с язвенным анамнезом;
- бледность кожных покровов, снижение гемоглобина в сочетании с язвенным анамнезом.

Достаточно одного из перечисленных критериев для отнесения больного к группе ЖКК.

В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния всех больных с желудочно-кишечным кровотечением разделяют на две основные группы: ЖКК среднетяжёлой степени и ЖКК лёгкой степени.

11.2. Протокол обследования больных с ЖКК в отделении СМП (в приемном отделении)

1. При первичном осмотре больного в приемном отделении основанием для диагноза ЖКК будут общеизвестные признаки. При отсутствии рвоты и стула с примесью свежей или измененной крови (в том числе по полученным сведениям бригады скорой помощи) обязательно пальцевое исследование содержимого прямой кишки. Важно отличить желудочно-кишечные кровотечения от легочного, которое проявляется не рвотой, а кашлем, хотя может сопровождаться заглатыванием и срыгиванием алой крови.

2. Все перемещения больного с ЖКК внутри стационара, связанные с диагностическими или лечебными мероприятиями, осуществляются только на каталке в положении лежа.

3. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения все больные с ЖКК по своему лечебно-диагностическому предназначению распределяются на три группы:

1-я группа – больные с явными признаками продолжающегося кровотечения, нестабильной гемодинамикой, находящиеся в критическом состоянии. После короткой предоперационной подготовки по стабилизации гемодинамики и гигиенической обработки они направляются в операционную, где неотложные диагностические и лечебные меры совмещаются с предоперационной подготовкой.

2-я группа – больные с выраженными признаками постгеморрагической анемии (тяжелая степень кровопотери), но без явных признаков продолжающегося кровотечения – направляются в ОРИТ, где после катетеризации магистральной вены и начала интенсивной инфузионной терапии проводится комплексная диагностика основных нарушений общесоматического статуса, оценивается тяжесть кровопотери. Параллельно выполняются диагностические меры по распознаванию источника кровотечения, установлению факта его продолжения или остановки, а также лечебные меры с целью достижения временного или устойчивого гемостаза при наличии более или менее убедительных признаков продолжающегося кровотечения.

3-я группа больные с установленным (по анамнестическим и объективным данным) фактом перенесенного кровотечения, с умеренными клиническими признаками постгеморрагической анемии или вообще без таковых. Больным этой группы необходимые лабораторные и аппаратные исследования проводятся в условиях приемного отделения, а характер дальнейших диагностических и лечебных мер зависит от категории лечебного учреждения.

4. Для больных, поступивших в хирургический стационар с диагнозом ЖКК, обязательным диагностическим мероприятием, определяющим лечебную тактику, является ФГДС.

Больные с ЖКК, обусловленные синдромом портальной гипертензии, составляют особую группу. Наиболее часто развитие портальной гипертензии связано с циррозом печени.

Больным этой группы назначают:

- измерение А/Д и ЧСС;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- общий анализ крови;
- ЭКГ;

– УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики).

Стандарты лабораторной диагностики

Обязательные: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, общий белок, фракции, коагулограмма, группа крови Rh-фактор, RW.

Дополнительные (по показаниям): билирубин, трансаминазы, электролиты.

Стандарты аппаратной диагностики

Обязательные: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, по показаниям УЗИ брюшной полости.

Стандарты диагностической эндоскопии

Для диагностической эндоскопии используют эндоскоп с торцевой оптикой, позволяющий выполнить панэндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка).

Эндоскопическое исследование выполняется на столе (эндоскопический, операционный), который позволяет менять положение больного во время исследования, что помогает осмотреть все верхние отделы пищеварительного тракта при наличии в просвете большого количества крови.

При эндоскопии фиксируются следующие данные:

- наличие крови в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке;
- ее количество и характер;
- источник кровотечения (локализация, размеры);
- признаки кровотечения: артериальное кровотечение и подтекание венозной крови;
- свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд, гематома вокруг источника, имбибиция гемосидерином.

При профузных кровотечениях цель диагностической эндоскопии – оценка уровня кровотечения (в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке), что влияет на выбор оперативного доступа и вмешательства.

После установки источника кровотечения и его характера необходимо оценить возможность эндоскопической остановки.

11.2.1. Стандарты лечебной эндоскопии

1. Лечебная эндоскопия при кровотечении применяется с целью:
 - окончательной остановки кровотечения;
 - временной остановки кровотечения;
 - воздействия на субстрат с остановившимся кровотечением для предупреждения рецидива в ближайшие часы.
2. При продолжающемся артериальном или венозном кровотечении из хронических или острых язв, синдроме Меллори – Вейсса, синдроме Дъелафуа используются клипирование, электрокоагуляция, лазерная коагуляция, аргоно-плазменная коагуляция (АПК), обкалывание сосудосуживающими или масляными препаратами.
3. При распознавании острых язвенных и эрозивных процессов используется обработка капрофером.
4. При кровоточащих полипах показано удаление полипов методом электрокоагуляции.
5. При портальной гипертензии используются эндоскопическое лигирование, клипирование, склеротерапия.
6. При распадающихся кровоточащих опухолях применяются: электрокоагуляция, лазерная коагуляция, обработка капрофером, пленкообразующими препаратами, АПК.

11.2.2. Стандарты оценки степени кровопотери

Степень тяжести кровопотери – комплексное клиническое понятие, объединяющее лабораторные и клинические показатели, характеризующие не только объем кровопотери, но и ее интенсивность во времени, а также особенность индивидуальной реакции организма больного на кровопотерю.

Лабораторные критерии тяжести кровопотери:

1-я степень (легкая кровопотеря) Нв > 100 г/л; гематокрит более 40 %; эритроциты более $3,5 \times 10^{12}$ г/л;

2-я степень (средняя) Нв 80 – 100 г/л; гематокрит 30 – 40 %, эритроциты – $3,5 – 2,0 \times 10^{12}$ г/л;

3-я степень (тяжелая) Нв < 30 %; эритроциты менее $2,0 \times 10^{12}$ г/л;

4-я степень кровопотери (крайне тяжелая) не выделяется, поскольку по хирургической тактике она идентична третьей.

Клинические критерии тяжести кровопотери.

Зафиксированное коллаптоидное состояние на высоте геморрагической атаки всегда служит убедительным свидетельством тяжелой степени кровопотери.

11.2.3. Стандарты оценки устойчивости гемостаза

Устойчивость гемостаза – понятие клинико-эндоскопическое. Заключение об устойчивости гемостаза, исходящее от врача-эндоскописта, без учета клинических данных неправомерно.

Клинические признаки неустойчивого гемостаза:

- зафиксированное коллаптоидное состояние во время геморрагической атаки;
- наличие лабораторных признаков тяжелой кровопотери;
- повторные (две или более) геморрагические атаки, зафиксированные на основании явных признаков кровотечения и/или по развитию коллаптоидного состояния;
- повторные (две или более) геморрагические атаки, зафиксированные на основании явных признаков кровотечения и/или по развитию коллаптоидного состояния.

Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков неустойчивого гемостаза, а также их сочетание служат основанием для общего заключения о неустойчивости гемостаза.

Критерии отнесения к группе «тяжелое ЖКК»:

- возраст старше 60 лет;
- неоднократные рвота малоизмененной кровью («кофейной гущей») и/или мелена;
- коллапс, потеря сознания;
- тахикардия – частота сердечных сокращений более 100 уд./мин;
- гипотензия – систолическое АД меньше 100 мм рт. ст.;
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду либо рвотой;
- наличие сопутствующих заболеваний в стадии суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие четырех и более перечисленных признаков позволяет диагностировать у больного тяжелое ЖКК, что требует направления его в ОРИТ (БИТ – блок интенсивной терапии ОСМП) для дальнейшего обследования и лечения.

Остальные пациенты относятся к группе «нетяжелое ЖКК» и подлежат обследованию в условиях ОСМП и эндоскопического кабинета, в дальнейшем большинству из них показано лечение и наблюдение в профильном отделении.

Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики, минуя ОСМП направляются в ОРИТ или в операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мер, в том числе экстренная лечебно-диагностическая ФГДС.

Больные с тяжелыми ЖКК перемещаются по стационару только на каталке.

11.3. Протокол диагностики в ОРИТ (оперблоке) для больных группы «тяжелое ЖКК»

Обязательные исследования:

- ЭКГ, Rg-графия грудной клетки, если не выполнены в ОСМП;
- биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин крови, общий белок;
- группа крови, резус-фактор;
- ФГДС;

ФГДС при тяжелом язвенном кровотечении должна быть выполнена в экстренном порядке соответственно тяжести состояния больного в течение двух часов после поступления в стационар.

Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного.

Дополнительные исследования (по показаниям):

- коагулограмма (тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы);
- биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий;
- РО₂, ЦВД.

Всем больным с тяжелыми ЖКК должна быть определена степень тяжести кровопотери (табл. 3).

Таблица 3

Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях

Показатель кровопотери	Степень кровопотери		
	легкая	средняя	тяжелая
Количество эритроцитов	Более $3,5 \times 10$ г/л	$2,5 - 3,5 \times 10$ г/л	Менее $2,5 \times 10$ г/л
Уровень гемоглобина, г/л	Более 100	83 – 100	Менее 83
Частота пульса в 1 мин	До 80	80 – 100	Выше 100
Систол. А/Д, мм рт. ст.	Более 110	110 – 90	Менее 90
Гематокритное число, %	Более 30	25 – 30	Менее 25
Дефицит ГО, % от должного	До 20	20 – 30	Более 30

Параллельно с определением тяжести кровопотери и проведением лечебно-диагностической ФГДС необходимо оценить тяжесть состояния больных и степень выраженности сопутствующей патологии с целью выяснения степени риска возможной анестезии и операции. Для этого целесообразно использовать общепринятую классификацию Американского общества анестезиологов (ASA) либо балльные системы оценки полиорганной недостаточности MODS (Multiple Organ Dysfunction) и APACHE II (Acute Physiology Age Chronic Health Evaluation), SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) и др.

Классификация степеней риска общей анестезии Американского общества анестезиологов (ASA):

- 1-й класс – сопутствующих заболеваний нет;
- 2-й класс – легкие заболевания без нарушения функций;
- 3-й класс – тяжелые заболевания с нарушением функций;
- 4-й класс – заболевания, угрожающие жизни независимо от операции;
- 5-й класс – состояние, угрожающее жизни в ближайшие сутки.

Для экстренных операций добавляется буква Е (Emergent): 1, 2У, 3У и т. д.

11.4. Протокол эндоскопического обследования и лечения

Цели эндоскопии:

- определить уровень кровотечения (пищевод, желудок, двенадцатиперстная кишка);
- локализовать источник кровотечения;
- определить характер и стадию кровотечения;
- оценить возможность эндоскопической остановки кровотечения.

11.4.1. Особенности выполнения экстренной эндоскопии при ЖКК

Особенностями выполнения экстренной эндоскопии можно назвать:

- большое количество содержимого в просвете ЖКТ;
- большое количество крови в просвете желудка;
- тяжелое состояние больного.

Классификация язвенных кровотечений по Forrest (1974):

Ia – spurting bleeding (струйное кровотечение);

Ib – oozing bleeding (подтекание крови);

IIa – visible vessel (видимый сосуд);

IIb – fixed clot (фиксированный сгусток);

IIc – pigmented (black) spot (пигментированное, черное пятно);

III – язва без стигм (следов) перенесенного кровотечения.

Способы эндоскопической остановки кровотечения:

- воздействие гемостатическими и сосудосуживающими средствами (раствор адреналина);
- аргоно-плазменная коагуляция (АПК);
- клипирование сосудов;
- лигирование;
- диатермокоагуляция;
- лазерная коагуляция;
- криовоздействие;
- аппликация пленкообразующими препаратами и медицинским клеем;
- склерозирующая терапия;
- гемоспрей.

Гемостаз при эндоскопии может иметь окончательный, временный, стойкий и нестойкий характер.

11.4.2. Ошибки при эндоскопической диагностике кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта

1. Методические ошибки: неправильная подготовка больного (в просвете желудка пища, большое количество крови).
2. Нарушение методики осмотра (не все отделы осмотрены).

3. Диагностические ошибки:

- неправильная оценка источника кровотечения;
- неправильная оценка характера кровотечения и вероятность развития его рецидива.

4. Тактические ошибки:

- неправильная оценка возможности эндоскопического воздействия;
- неправильная оценка характера этого воздействия.

Показаниями к выполнению повторной эндоскопии считаются:

- незавершенное первичное эндоскопическое исследование из-за условий, затрудняющих осмотр (проведение лечебной эндоскопии) и требующих промывания желудка. Выполняется сразу после завершения промывания желудка;
- подозрение по клинико-лабораторным данным на рецидив язвенного кровотечения;
- повторная эндоскопия рекомендуется через 1,5 месяца после лечения.

11.4.3. Медикаментозное лечение

Для лечения язвенных ЖКК используют следующие группы лекарств.

Антисекреторные препараты, которые имеют особое значение в лечении кровотечений язвенной этиологии. Обоснованием к обязательному применению антисекреторных препаратов в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений служат следующие положения:

- соляная кислота и пепсин препятствуют образованию тромба и вызывают лизис сформированного сгустка;
- $\text{pH} = 6$ – критический порог, при котором пепсин теряет свою активность;
- агрегация тромбоцитов происходит при $\text{pH} > 6$;
- для предотвращения рецидива кровотечения относительно безопасный уровень концентрации водородных ионов $\text{pH} > 4$.

Внедрение в клиническую практику парентеральных форм блокаторов H_2 -рецепторов, а несколько позже ингибиторов H^+ , K^+ -АТФазы, обладающих мощным антисекреторным эффектом, даёт

возможность создать оптимальные интрагастральные условия для предотвращения рецидива кровотечения и заживления язвы, позволяет воздержаться от экстренной операции либо вообще отказаться от хирургического лечения. Особые надежды возлагают на применение парентеральных форм ингибиторов Н⁺, К⁺-АТФазы. Эффективность проводимого лечения антисекреторными средствами целесообразно контролировать 24-часовой рН-метрией.

Антихеликобактерные препараты назначают одновременно с антисекреторными средствами для скорейшего заживления язвенных и эрозивных поражений, послуживших источником кровотечения.

Особенно важны организация и проведение медикаментозного лечения, направленного на остановку тяжёлого кровотечения, с прогнозируемым уже на первом этапе терапии (когда больной находится в реанимационном отделении) рецидивом.

Непосредственно после завершения экстренного эндоскопического гемостаза начинают лечение омепразолом (лосек) с болюсной (в течение 20 – 30 мин) внутривенной инфузией 40 мг в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида с помощью инфузомата. По окончании болюсной инфузии проводят непрерывное внутривенное капельное введение омепразола (лосека) по 160 мг/сут, растворённого в изотоническом растворе натрия хлорида, до момента исчезновения риска рецидива кровотечения (как правило, в течение 3 – 4 суток, но не менее трех суток). В дальнейшем переводят больных на приём омепразола внутрь в дозе 40 мг/сут.

Лечение фамотидином (квamatел) начинают с болюсного (в течение 2 мин) внутривенного введения 20 мг препарата, растворённого в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида. В последующем проводят непрерывное внутривенное введение фамотидина по 80 мг/сут до момента исчезновения высокого риска рецидива кровотечения. Затем переходят на приём внутрь по 40 мг/сут.

Одновременно с антисекреторным препаратом назначают амоксициллин по 1,0 г 2 раза в сутки и кларитромицин в дозе 0,5 г 2 раза в сутки.

Для лечения больных с острыми язвенными ГДК не рекомендуется использовать антагонисты H₂-гистаминовых рецепторов, соматостатин и октреотид.

Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно прове-

ден эндоскопический гемостаз, рекомендуется назначать внутривенное болюсное, а вслед за ним непрерывное внутривенное введение ИПП. При выписке пациентам необходимо рекомендовать пероральный приём ИПП в стандартной дневной дозе на срок, определяемый этиологией заболевания.

Проведенное многоцентровое рандомизированное исследование отечественных и зарубежных авторов доказывает необходимость проведения комплексной консервативной терапии после проведения успешного эндоскопического гемостаза.

Доказана обоснованность назначения стартовых препаратов в болюсной или инфузионной парентеральной форме с дальнейшим переходом на энтеральные препараты.

Данная схема терапии достоверно ведет к снижению риска рецидива кровотечения.

Старт – болюсное введение в дозе 80 мг/30 мин.

Продолжение – непрерывная 3-дневная (72 часа) инфузия 8 мг/ч.

Энтеральная форма – 40 мг в день в течение 27 дней (нексиум).

11.4.4. Консервативное лечение в хирургическом отделении

При лечении язвенной болезни в хирургическом отделении применяют:

- щадящую диету с первых суток;
- инфузионную терапию и коррекцию коагуляционных расстройств;
- антисекреторную терапию: болюсно 80 мг омепразола в/в, далее пероральный прием омепразола по 80 – 120 мг/сут (эзомепразол), рабепразол 20 мг/сут в течение пребывания в стационаре; если выявлена инфицированность *H. pylori* цитологическим или уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к омепразолу (80 мг/сут) назначают кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки;
- антисекреторную терапию: болюсно 80 мг нексиума в/в с последующей продленной инфузией 8 мг/ч в течение 72 ч, далее пероральный прием нексиума по 40 мг/сут (эзомепразол – 40 мг, рабепразол – 20 мг/сут) в течение пребывания в стационаре;

– если выявлена инфицированность *H. pylori* цитологическим и/или уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к нексиуму (40 мг/сут) назначают кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

В консервативном лечении язвенной болезни существуют общепринятые схемы лечения.

11.5. Особенности лечения больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Составление окончательной схемы лечения зависит от факта, обнаружены в анализах бактерии *Helicobacter pylori* или они отсутствуют в организме больного.

Существуют стандартные схемы лечения язвы двенадцатиперстной кишки, разработанные гастроэнтерологами. В ходе консервативного лечения применяются следующие группы лекарственных препаратов.

1. Антисекреторные лекарства угнетают секреторную деятельность желудка и делают качественный состав желудочного сока менее агрессивным. К антисекреторным препаратам относятся:

- ингибиторы протонной помпы;
- вещества, блокирующие H₂-гистаминовые препараты;
- лекарства с содержанием висмута.

Перечисленные группы медикаментозных препаратов применяют при наличии в анамнезе инфекции *Helicobacter pylori*. Они снижают степень жизнеспособности бактериального агента и образуют на поверхности слизистой специальную пленку с защитными свойствами. Таким образом, агрессивное воздействие желудочного секрета на поврежденный участок стенки органа снижается в несколько раз.

2. Противопрозоидные препараты и антибиотики при язве двенадцатиперстной кишки также угнетают жизнедеятельность бактерии хеликобактер.

3. Прокинетики – это группа лекарственных препаратов, которая улучшает моторику двенадцатиперстного отдела кишечника. Кроме того, они устраняют симптоматическую тошноту и купируют присту-

пы рвоты. Прокинетики включают в план лечения при наличии чувства тяжести и переполненности желудка, приступах изжоги и раннем насыщении.

4. Гастропротекторные препараты оказывают местную терапию в ходе лечения язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Они образуют защитный слой в поврежденных участках стенки кишки и препятствуют разрушающему действию соляной кислоты и других пищеварительных ферментов.

5. Антацидные препараты устраняют симптомы изжоги. Они не лечат само заболевание, но облегчают его клинические признаки. Антациды нейтрализуют соляную кислоту, предотвращая ее агрессивное воздействие на стенки кишечника, обладают вяжущими и адсорбирующими свойствами.

6. Препараты, способствующие улучшению питания слизистой выстилки кишечника, также являются обязательным компонентом схемы лечения. Местное питание способствует ускоренному восстановлению язвенного дефекта.

7. Анальгетики выступают как обезболивающие при язве двенадцатиперстной кишки. Устранение болевых ощущений способствует улучшению физического состояния пациента.

Предупреждение! Консервативное лечение дает хорошие результаты только в том случае, когда оно применяется в совокупности с соблюдением строгой диеты и прохождением курса физиопроцедур.

Схема медикаментозного лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Терапия первой линии. Тройная терапия: омепразол 20 мг 2 раза в день, ранитидин висмут цитрат 400 мг 2 раза в день плюс кларитромицин 500 мг 2 раза в день плюс амоксициллин 1000 мг 2 раза в день или кларитромицин 500 мг 2 раза в день плюс метронидазол 500 мг 2 раза в день.

Терапия второй линии. Квадротерапия: мепразол 20 мг 2 раза в день плюс субсалицилат/субцитрат 120 мг 4 раза в день плюс метронидазол 500 мг 4 раза в день.

Схема тройной терапии на основе коллоидного субцитрата висмута. Длительность 7 – 14 дней. Базисный препарат – коллоидный субцитрат висмута 240 мг 2 раза в сутки.

Антибактериальные препараты: тетрациклин 200 мг/сут. плюс метронидазол (тинидазол) 1000 – 1600 мг/сут или амоксициллин 2000 мг/сут плюс фуразолидон 400 мг/сут или кларитромицин 500 мг/сут, а также фуразолидон 400 мг/сут.

Глава 12. ПРОТОКОЛЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях

Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях – проблема, до сих пор не до конца решенная.

Используют два основных способа лечения:

1. Активная тактика – оперативное лечение на высоте кровотечения.

2. Выжидательная тактика, которая предусматривает остановку кровотечения консервативными средствами и в дальнейшем плановое оперативное лечение.

Абсолютным показанием к хирургическому лечению является профузное кровотечение, а условно-абсолютным – рецидивные кровотечения в анамнезе; рецидив кровотечения во время лечения или неэффективность консервативного лечения; локализация язвы в участках с усиленным кровоснабжением, в проекции магистральных сосудов; неблагоприятная эндоскопическая картина (глубокая язва, каллезная язва с тромбированным сосудом).

Подготовка больного к операции длится 1,5 – 2 часа, в отдельных случаях профузных кровотечений предоперационная подготовка практически не проводится. Объем предоперационной подготовки зависит от степени тяжести кровопотери. Оперативное лечение проводится под ЭТН. Хирургический доступ – верхне-срединная лапаротомия.

При отсутствии данных, свидетельствующих о язве, проводят гастротомию, которая начинается на расстоянии нескольких сантиметров от пилоруса, ревизию желудка и ДПК. После установки источника кровотечения применяют безотлагательные меры для обеспечения остановки кровотечения. Для этого при гастротомии необходимо перевязать, диатермокоагулировать кровоточащие сосуды или соответствующий участок слизистой, наложить 8-образный шов на язву.

Объем оперативного вмешательства определяется состоянием больного, тяжестью кровотечения, сопутствующими заболеваниями, анатомической локализацией и характером язвы. У тяжелых больных оправдано выполнение паллиативных операций:

- прошивание кровоточащих сосудов со стороны слизистой или клиновидное иссечение язвы;
- прошивание стенки желудка насквозь по периметру язвы с последующим наложением серозно-мышечных швов;
- ушивание кровоточащей язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

При кровоточащей язве желудка показана резекция желудка. В преклонном возрасте с высоким риском операции – иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией или прошиванием сосудов через гастротомическое отверстие в комбинации с пилоропластикой и стволовой ваготомией.

При кровоточащих язвах ДПК в зависимости от локализации можно проводить иссечение язвы на передней стенке, селективную или стволовую ваготомию, пилороластику, при локализации язвы на задней стенке – дуоденотомию, визуальную остановку кровотечения (прошивание сосудов, диатермокоагуляцию, пломбирование медицинским клеем), ваготомию и пилороластику. При низких язвах ДПК показаны визуальная остановка кровотечения и резекция желудка на выключение язвы.

При комбинированной язве желудка и ДПК выполняется ваготомия с пилороантрумэктомией.

Основная задача оперативного вмешательства при язвенном кровотечении (ЯК) – это спасение жизни больного путем выполнения адекватного состоянию больного объема операции, позволяющей

устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз, по возможности излечить от язвы желудка и двенадцатиперстной кишки или язвы ГЭА.

Оптимальным вмешательством при кровоточащих пептических язвах ГЭА следует считать стволовую ваготомию с прошиванием язвы.

Паллиативные вмешательства в виде прошивания или иссечения язвы допустимы у больных, находящихся по разным причинам в тяжелом состоянии.

В ходе оперативных вмешательств по поводу рецидивных язвенных кровотечений и кровотечений с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использовать в ИТТ перфторан (3 мл/кг массы тела в условиях ИВЛ при $FiO_2 > 0,4$), благоприятно влияющий на кислородтранспортную функцию крови в условиях тканевой гипоксии.

После радикальных, органосохраняющих операций с прошиванием кровоточащей язвы и паллиативных вмешательств по поводу язвенного кровотечения показана инфузионная антисекреторная терапия.

Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере, целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспоридами II-го поколения или фторхинолонами в сочетании с метронидозолом.

Протокол лечения больного после выписки из стационара

1. После выписки из стационара больной подлежит динамическому наблюдению у гастроэнтеролога, хирурга.
2. Необходимо продолжать антисекреторную терапию.
3. Контрольная эндоскопия выполняется через 1,5 месяца после эндоскопической остановки кровотечения или операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящей книге представлены материалы, которые предназначены для оказания помощи практическому хирургу в диагностике и определении оптимальных методов лечения больных острой хирургической патологией органов брюшной полости. В перечень обязательных методов вошли исследования, которыми должны располагать все хирургические стационары регионов независимо от их уровня. Дополнительная (по показаниям) диагностика острой хирургической патологии живота включает наряду с общепринятыми (рутинными) и более сложные методы обследования больных. Их выполнение доступно, как правило, стационарам областного или республиканского уровня.

Лечебные мероприятия при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости систематизированы по таким разделам, как общие положения, предоперационная подготовка, вид обезболивания, основные принципы оперативных вмешательств, послеоперационное ведение больных и др. Большое значение имеют положения, в которых отражены вопросы выбора оптимальной хирургической тактики при каждом из экстренных хирургических заболеваний, рассматриваемых в данной книге.

Безусловно, в стандартах диагностики и лечения острых хирургических заболеваний невозможно охватить все разнообразие ургентной хирургии органов брюшной полости. Поэтому в сложных для диагностики и лечения случаях выбор методов обследования, определение показаний и рациональных способов оперативных вмешательств, а также назначение лекарственных средств должен определять консилиум врачей. Важная роль в их организации и проведении отводится сотрудникам хирургических кафедр медицинских вузов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Акжигитов, Г. Н.* Острый аппендицит / Г. Н. Акжигитов. – М. : Медицина, 1974. – 160 с.
2. *Антоненко, Г. М.* Острая кишечная непроходимость в инфекционной клинике / Г. М. Антоненко, М. П. Беляев // Хирургия. – 1980. – № 7. – С. 41 – 44.
3. *Балалыкин, А. С.* Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин. – М. : ИМА-Пресс, 1996. – 1852 с.
4. *Бебурешвили, А. Г.* Желчная гипертензия и острый холецистит : лекции по хирургии / А. Г. Бебурешвили ; под ред. В. С. Савельева. – М. : Мдиа-Медика, 2003. – 408 с. – ISBN 978-5-81140-833-7.
5. *Борисов, А. И.* Инструментальная билиарная декомпрессия у лиц в возрасте старше 60 лет / А. И. Борисов, О. И. Стаханов // Естественно-научная серия. – 2006. – № 4. – С. 44.
6. *Брискин, Б. С.* Хирургическая тактика при остром холецистите, осложненном механической желтухой у больных пожилого и старческого возраста / Б. С. Брискин // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – № 3. – Т. 13. – С. 15 – 19.
7. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы / С. З. Бурневич [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. – 2000. – № 2. – Т. 159. – С. 116 – 123.
8. *Владимиров, В. Г.* Острый панкреатит. Экспериментально-клинические исследования / В. Г. Владимиров, В. И. Сергиенко. – М. : Медицина, 1986. – 228 с.
9. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита / Э. И. Гальперин и [др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2001. – Т. 1. – С. 139 – 142.
10. *Гришин, И. Н.* Хирургия поджелудочной железы / И. Н. Гришин, Г. И. Аскальдович, И. Л. Модорский. – Минск : Вышэйш. шк., 1993. – 174 с. – ISBN 5-279-02122-9.
11. *Данилов, М. В.* Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М. : Медицина, 1995. – 498 с. – ISBN 978-5-16-003506-2.

12. *Ефименко, Н. А.* Руководство по клинической лимфологии / Н. А. Ефименко. – М. : Мед. лит., 2001. – 158 с. – ISBN 5-7695-4748-5.
13. Панкреонекроз / И. И. Затевахин [и др.]. – М. : Медицина, 2007. – 224 с. – ISBN 978-5-78-09-0064-1.
14. *Козлов, В. А.* Применение малоинвазивных методов в лечении деструктивного панкреатита / В. А. Козлов, И. В. Козлов, Е. Б. Головкин // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2001. – Т. 1. – С. 131 – 138.
15. Острый панкреатит : клиника, диагностика, программа интенсивной терапии / Е. М. Кон [и др.]. – Пермь : Перм. гос. ун-т, 2001. – 71 с. – ISBN 5-09-003852-X.
16. Острый аппендицит / А. Г. Кригер [и др.]. – М. : Медпрактика, 2002. – 150 с.
17. Пугаев, А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М. : Профиль, 2007. – 250 с. – ISBN 978-5-94774-828-4.
18. *Цепилов, Д. В.* Тактика лечения сложных кист поджелудочной железы : дис. ... канд. мед. наук / Цепилов Д. В. – М., 2000. – 134 с.
19. *Яицкий, Н. А.* Острый панкреатит / Н. А. Яицкий, В. М. Седов, Р. А. Сопия. – М. : МЕДпресс-информ, 2003. – 224 с. – ISBN 5-7107-3109-9.
20. Charles W., Van Way III, Carol Ireton-Jones. Nutrition secrets. – Hanley Belfus, Inc, 2004. – 180 p.

Учебное издание

АБДУЛЛАЕВ Эльбрус Гаджиевич
БАБЫШИН Валентин Викторович
ГУСЕВ Александр Владимирович

НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ
(Протоколы клинических рекомендаций
по диагностике и лечению ОХЗ органов брюшной полости)

Учебно-практическое пособие

Издается в авторской редакции

Подписано в печать 17.07.15.

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 6,05. Тираж 150 экз.

Заказ

Издательство

Владимирского государственного университета
имени Александра Григорьевича и Николая Григорьевича Столетовых.
600000, Владимир, ул. Горького, 87.



ОСТРЫЙ

Как его избежать?

Улучшение кровообращения

- Регулярная физическая активность (ходьба)
- Избегать переноски тяжестей
- Рекомендуются принятие сидячих ванн в прохладной воде
- Не засиживаться в туалете более необходимого времени

Регуляция кишечного транзита

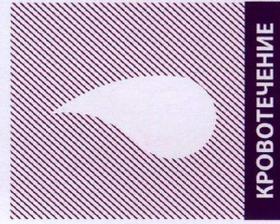
- Выпивать достаточное количество жидкости
- Увеличить потребление продуктов, богатых клетчаткой (фрукты, овощи, зерновые, цельнозерновой хлеб) для регулирования нарушений кишечного транзита

Местная гигиена

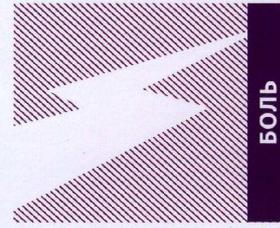
- Осуществлять туалет анальной зоны нейтральным или увлажняющим мылом, с последующим тщательным осушением

Другие рекомендации

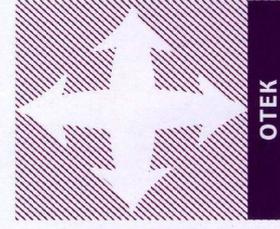
- Избегать напряжения при дефекации
- Не рекомендуется заниматься такими видами спорта, как велоспорт или конный спорт, так как они неблагоприятно воздействуют на геморроидальную зону



КРОВОТЕЧЕНИЕ



БОЛЬ



ОТЕК

ГЕМОРРОЙ

Как облегчить симптомы?

2-3 таблетки ФЛЕБОДИА 600 в день во время приема пищи в течение 7 дней
Быстрое уменьшение боли и остановка кровотечения за 3 дня^{1,2}

92% пациентов удовлетворены результатами лечения после 7 дней приема препарата³



(1) - Chauvenet M., Lieskind M. Intérêt de la Diosmine d'Hémisynthèse dans la poussée hémorrhoidaire aiguë. Essai multicentrique randomisé en double aveugle versus Placebo. Rev Fr Gastro-Entéro 1994; 30(3): 3-8. (2) - Kestemont C. et al. ФЛЕБОДИА (diosmine): A role in the management of bleeding non-prolapsed haemorrhoids. Acta Chirurgica Iugoslavica 2005, 52 (1), 115-116. (3) - Dehnen P., Denis J., Denis J. Traitement des signes fonctionnels de la crise hémorrhoidaire aiguë: Essai multicentrique, randomisé, diosmine d'hémisynthèse versus association extrait de Gingko biloba-heparinoid-troloxéline. Med Clin Dig 1996; 25(6): 239-64.

Доказательная медицина для практического врача

Международные публикации по использованию Флебодиа 600 (высокоочищенный диосмин) производства компании «Лаборатория Иннотек Интернациональ», Франция

Лечение хронической венозной недостаточности (ХВН):

- Henriet et al, Phlébologie, 1995
- Garde et al, J Am Med Assoc, 1992
- Carpentier et al, J Mal Vasc, 1998
- Maksimovic et al, Acta Chir Jugosl, 2008
- Cazaubon et al, Angéiologie, 2011

Лечение геморроя:

- Chauvenet et al, Rev Fr Gastro-Entérologie, 1994
- Debien et al, Med Chir Dig, 1996
- Kecmanovic et al, Acta Chir Jugosl, 2005

Подбор эффективной дозы:

- Garde C., 1998
- Carpentier DB, 1998

Качество жизни больных с хронической венозной недостаточностью:

- Maksimovic Z., 2008

Прямое сравнение с комбинацией (диосмин+гесперидин):

- Henriet DB (Diovenor (Флебодиа) 600 мг 1 раз в день в сравнении с Daflon (Детралекс) 450 мг 2 раза в день), Phlebology, 1995

...а также более 40 российских исследований.

Многолетний опыт использования высокоочищенного диосмина (Флебодиа 600) демонстрирует высокую эффективность и безопасность при удобном приеме (1 таблетка в день при ХВН и 2-3 таблетки в день при лечении геморроя).



**2 КУРСА
ЛЕЧЕНИЯ В ГОД –
УСТОЙЧИВЫЙ
РЕЗУЛЬТАТ**



**ВЕССЕЛ ДУЭ Ф
VES**

Суллодексид
Festresolam
SULO 250
Sulloexide 250

**ВЕССЕЛ ДУЭ Ф
VESSEL DUE F**

СУЛЛОДЕКСИД 250 ЛЕ
SULLOEXIDE 250 LSU

50 таблеток
50 capsules