

Комитет по здравоохранению Администрации
Санкт-Петербурга
Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе

ПРОТОКОЛЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



Санкт-Петербург
2007

Комитет по здравоохранению Администрации
Санкт-Петербурга
Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга
Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе

ПРОТОКОЛЫ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Санкт-Петербург
2007

Протоколы диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. /Ассоциация хирургов Санкт-Петербурга. Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - СПб., 2007, 58 с.

С 2001 г. в учреждениях здравоохранения Санкт-Петербурга действуют утверждённые Комитетом по здравоохранению "Протоколы" организации лечебно-диагностической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости».

К настоящему времени накоплен опыт оказания помощи больным с учётом применения современных технологий диагностики и лечения этих заболеваний. На конференциях Ассоциации хирургов Санкт-Петербурга от 3 марта 2006 года и 16 февраля 2007 года детально обсуждены и одобрены содержание и опыт использования протоколов организации лечебно-диагностической помощи при остром калькулёзном холецистите, остром панкреатите, желудочно-кишечных кровотечениях из хронических язв желудка и 12-перстной кишки, острой кишечной непроходимости и ущемлённых грыжах, представленные настоящим изданием.

«Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при остром калькулезном холецистите»

Общие положения

Предлагаемые протоколы диагностики и лечения острого калькулезного холецистита разработаны в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи имени И.И. Джанелидзе, который почти 50 лет занимается проблемой лечения больных острыми воспалительными заболеваниями желчевыводящих путей. Протоколы отражают опыт большого коллектива, работающего в периоды использования различных тактических установок и методов лечения осложненных форм желчнокаменной болезни и позволивший значительно улучшить его результаты. Они содержат последние разработки по организации и проведению диагностики и лечения данной патологии в стационаре.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) 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, развитие 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 важна ранняя диагностика, 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.

1. Протоколы 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. 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:

- I. с острым неосложненным холециститом;
- II. с острым осложненным холециститом.

В группе больных острым осложненным холециститом выделяют три подгруппы:

- 1. острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;
- 2. острый холецистит в сочетании с холангитом;
- 3. острый холецистит в сочетании с панкреатитом.

1.1 Критерии диагностики острого неосложненного калькулезного холецистита в ОСМП:

- боли и болезненность в правом подреберье;
- УЗИ признаки (увеличенный желчный пузырь, утолщение его стенки, наличие конкрементов).

1.2. Протоколы обследования в ОСМП:

1.2.1. лабораторные исследования - общеклинический и биохимический (амилаза, сахар, трансаминазы, билирубин, креатинин, мочевины, общий белок) анализы крови, анализ мочи;

1.2.2. инструментальные исследования - рентгенография груди, УЗИ органов живота, ЭКГ, рентгенография живота (при подозрении на перфорацию полого органа или острую кишечную непроходимость);

1.2.3. консультация терапевта и других специалистов по показаниям.

1.3. Протоколы 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 мероприятий включает:

1.3.1. постельный режим, голод, холод на правое подреберье;

1.3.2. инфузионная терапия (внутривенно 1,5-2 л растворов кристаллоидов, анальгетики, спазмолитики, антигистаминные средства);

1.3.3. антибактериальная терапия (цефалоспорины III поколения или фторхинолоны II поколения с нитроимидазолами);

1.3.4. консервативное лечение проводится в течение 12 часов, с повторным анализом лейкоцитов крови и УЗИ органов живота;

1.3.5. при неэффективности консервативного лечения показано хирургическое вмешательство в течение последующих 6 часов. Больным перед операцией выполняется ФГДС. В случае выявления язвенной болезни лечение дополняется противоязвенной терапией. При появлении перитонеальных симптомов сроки наблюдения и выполнения операции должны быть сокращены;

1.3.6. в случае положительного эффекта от консервативного лечения хирургическое вмешательство выполняется в последующие 48-72 часа. Критериями эффективности консервативной терапии являются: 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;

1.3.7. больных, отказавшихся от операции в указанные сроки, выписывают из стационара после купирования острого приступа заболевания. Им рекомендуют хирургическое лечение в плановом порядке;

1.3.8. операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) под общим обезболиванием.

При невозможности выполнить ЛХЭ производят традиционную холецистэктомию;

1.3.9. у пациентов с высокой степенью операционного риска, рассчитанного по одному из способов (APACHE, SAPS, ASA, MODS,

SOFA, и другие), объем операции выбирают индивидуально с участием анестезиолога. В отдельных случаях объем оперативного вмешательства может быть ограничен холецистостомией под местным обезболиванием.

2. Протоколы медицинской тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном перитонитом.

2.1. Критерии диагностики:

- признаки острого холецистита в сочетании с симптомами распространенного перитонита.

2.2. Протоколы предоперационного обследования больных в ОСИП:

По протоколу, п. 1.2.

2.3. Протоколы лечебной тактики:

2.3.1. больным острым холециститом, осложненным распространенным перитонитом, показано хирургическое вмешательство в первые 2-3 часа после поступления;

2.3.2. в ОСМП наряду с обследованием проводится предоперационная подготовка, включающая внутривенное вливание 400-800 мл растворов кристаллоидов, обезболивающих средств;

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

2.3.4. при подозрении на деструктивный панкреатит и больным с небольшим сроком заболевания операция начинается с лапароскопии. В зависимости от диагностических находок принимается решение о возможности выполнения оперативного вмешательства лапароскопическим или открытым методом;

2.3.5. хирургическое вмешательство включает в себя холецистэктомию, санацию и дренирование брюшной полости. При необходимости выполняется ревизия и дренирование желчных путей. Больным с токсической и терминальной фазами перитонита осуществляется на-

зогастроинтестинальная интубация с целью обеспечения декомпрессии желудочно-кишечного тракта и ранней энтеральной поддержки.

3. Протоколы лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым холангитом.

3.1. Критерии диагностики:

1. признаки острого холецистита;
2. гипертермия более 38° С;
3. лейкоцитоз более $12 \times 10^9/\text{л}$;
4. гипербилирубинемия 50 мкмоль/л и выше;
5. УЗИ - признаки билиарной гипертензии.

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

3.2 Протоколы лечебной тактики:

- 3.2.1. госпитализация в хирургическое отделение;
- 3.2.2. инфузионно-детоксикационная терапия в объеме 1,5 - 2 литров растворов кристаллоидов;
- 3.2.3. антибактериальная терапия цефалоспоридами III поколения;
- 3.2.4. при отсутствии положительной динамики в течение 6 часов показано хирургическое вмешательство;
 - выполняется ЛХЭ с дренированием холедоха по Холстеду и интраоперационная холангиография. При наличии одиночного конкремента до 1,5 см производится ЭПСТ в раннем послеоперационном периоде;
 - 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. Для подтверждения полноты удаления конкрементов показана холедохоскопия,

4. Протоколы лечебно-диагностической помощи при билиарном сепсисе.

4.1. Критерии диагностики билиарного сепсиса:

4.1.1. два и более признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS);

4.1.2. положительный прокальцитониновый тест (качественное определение).

4.2. Протоколы лечебной тактики при билиарном сепсисе:

4.2.1. госпитализация в отделение хирургической реанимации;

4.2.2. инфузионно-детоксикационная терапия (объем инфузионной терапии определяется реаниматологом);

4.2.3. антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколений);

4.2.4. в течение 6 часов выполняется хирургическое вмешательство (по протоколу 3.2 п. 4).

4.3. Критерии диагностики тяжелого билиарного сепсиса:

4.3.1. двукратное повышение прокальцитонинового теста (качественное определение) с интервалом 1 сутки при наличии источника инфекции в желчных протоках;

4.3.2. два и более признаков SIRS;

4.3.3. SOFA более 2 баллов.

4.4. Протоколы лечебной тактики при тяжелом билиарном сепсисе:

4.4.1. госпитализация в отделение хирургической реанимации;

4.4.2. инфузионно-детоксикационная терапия (объем инфузионной терапии определяется реаниматологом);

4.4.3. антибактериальная терапия (цефалоспорины IV поколения в сочетании с нитроимидазолами или карбапенемы). Коррекция антибактериальной терапии после верификации возбудителя;

4.4.4. при отсутствии септического шока в течение 6 часов выполняется хирургическое вмешательство (по протоколу 3.2 п. 4).

5. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым панкреатитом в ОСМП.

5.1 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:

клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика - тахикардия (более 120 ударов в 1 мин) или брадикардия (менее 60 ударов в 1 мин); снижение систолического АД ниже 100 мм рт. ст.;
- олигурия (менее 25 мл мочи в час);
- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

лабораторные:

- лейкоцитоз выше $14 \times 10^9/\text{л}$;
- мочевины выше 12 ммоль/л.

Наличие хотя бы двух клинических признаков, перечисленных выше, позволяют диагностировать тяжелый острый панкреатит. Лечение таких больных осуществляют 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 осуществляется по протоколу 1.2, 1.3. Холецистэктомия в таких случаях дополняется дренированием общего желчного протока по Холстеду. В послеоперационном периоде целесообразно назначение антисекреторной и антиферментной терапии в течение трех суток.

«Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при желудочно-кишечных кровотечениях из хронических язв желудка, двенадцатиперстной кишки и пептических язв ГЭА»
МКБ-10-K25.4, K26.4, K28.4

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе

Все больные с признаками желудочно-кишечного кровотечения или при обоснованном подозрении на таковое подлежат немедленному направлению в крупные **многопрофильные** стационары города или в специализированные центры по лечению желудочно-кишечных кровотечений, где круглосуточно обеспечивается дежурная эндоскопическая служба (с возможностями современной лечебной эндоскопии) и штатная служба (кабинет, отделение) переливания крови.

Условия, необходимые для реализации представляемой лечебной тактики при ЯК в конкретном лечебном учреждении:

1. Персонал, обученный и владеющий современными методами лечебной эндоскопии.
2. Наличие аппаратуры для выполнения всего арсенала (не менее 2-х) методик экстренной лечебной эндоскопии.

2. Протоколы первичной лечебно-диагностической помощи при поступлении в стационар

2.1. Основанием для диагноза желудочно-кишечного кровотечения в условиях отделения скорой медицинской помощи (ОСМП) являются следующие признаки:

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

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

2.2. В зависимости от выраженности проявлений кровотечения и тяжести состояния, все больные с желудочно-кишечным кровотечением разделяются на 2 основные группы: **«тяжелое ЖКК»** и **«нетяжелое ЖКК»**.

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

Всем больным этой группы в ОСМП выполняется:

- измерение АД и ЧСС;
- устанавливается желудочный зонд;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- общий анализ крови;
- ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости (при отсутствии нарушений гемодинамики).

3.1. 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 > 100 в мин;
- гипотензия - систолическое АД < 100 мм рт.ст.
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л;
- поступление малоизмененной крови («кофейной гущи») по желудочному зонду;
- наличие сопутствующих заболеваний в ст. суб- и декомпенсации, требующих неотложных лечебных мероприятий или непосредственно угрожающих жизни больного.

Наличие 4-х 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.

3.2. Остальные пациенты относятся к группе «**нетяжелое ЖКК**» и подлежат обследованию в условиях ОСМП и кабинета ФГДС, а в дальнейшем **большинству из них** показано лечение и наблюдение в профильном ХО.

3.3. Больные, находящиеся в критическом состоянии с нестабильными показателями гемодинамики, минуя ОСМП, направляются в ОРИТ (БИТ ОСМП) или операционную, где на фоне интенсивной терапии проводится комплекс диагностических мероприятий, в т.ч. экстренная лечебно-диагностическая ФГДС.

3.4. Больные с **тяжелыми ЖКК** перемещаются по стационару только на каталке.

4. Протоколы диагностики в ОРИТ (оперблоке) для больных группы «тяжелое ЖКК».

4.1. Обязательные исследования:

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

ФГДС при тяжелом ЯК должна быть выполнена в экстренном порядке **соответственно тяжести состояния больного в течение 2 часов** после поступления в стационар.

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

4.2. Дополнительные исследования (по показаниям):

- тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы;
- биохимический анализ крови: билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрия;
- РаО₂, ЦВД.

4.3. Всем больным с **тяжелыми ЖКК** должна быть определена степень тяжести кровопотери.

**Клинико-лабораторные критерии для определения
тяжести кровопотери при язвенных гастродуodenальных
кровотечениях**

Показатели	Степень кровопотери		
	Легкая	Средняя	Тяжелая
АД, мм. рт. ст.	>100	90-100	<90
Частота пульса, уд./мин	< 100	<120	>120
Гемоглобин, г/л	>100	80-100	<80
Венозный гематокрит, %	>35	25-35	<25
Удельный вес крови	1,053-1,050	1,050-1,044	< 1,044

4.4. 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.

К группе «высокого риска операции» по ASA относятся пациенты IV-V степени тяжести соматического состояния и риском радикального хирургического вмешательства - 3 «Э» степени (резекция желудка или ваготомия с пилоропластикой), более 10 баллов по шкале MODS или более 20 баллов по APACHE II.

5. Протоколы лечебной тактики при тяжелых язвенных кровотечениях в условиях ОРИТ.

5.1. Всем больным, поступившим в ОРИТ:

5.1.1. Выполняется катетеризация магистральной вены и проводится интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия.

Принципы инфузионо-трансфузионой терапии.

А. Объем и состав ИТТ зависят от величины кровопотери (Табл.2).

Таблица 2.

Ориентировочные объем и соотношение средств ИТТ на этапе коррекции расстройств гемодинамики

Тяжесть кровопотери	Объем ИТТ (мл/кг)	Кристаллоиды, %	Синтетические коллоиды, %	Препараты крови, %
Легкая	10	100		
Средняя	30	65	15	20
Тяжелая	60	50	20	30 и более

Б. Дефицит ОЦК необходимо восполнять в течение 6 часов на 60-70%. а к исходу 1-х суток — полностью;

В. ИТТ необходимо начинать с кристаллоидных плазмозамени-телей. При отсутствии эффекта от ИТТ - синтетические коллоидные плазмозамени-тели до 800-1000 мл (10-14 мл/кг). Неэффективность те-рапии указанными плазмозамени-телями является показанием к назна-чению глюкокортикоидных гормонов в дозах 5-15 мг/кг гидрокортизо-на.

Г. На начальном этапе лечения больных с кровопотерей (при ги-поволемии) гемо- и плазмотрансфузия проводится после стабилизации АД и низком ЦВД на фоне ИТ кристаллоидными и коллоидными плазмозамени-телями. При нормоволемии показанием для гемотрансфузии является снижение концентрации гемоглобина ниже 70 г/л и гематокри-та ниже 25% или при наличии признаков гемической гипоксии.

Д. При ИТТ ЯК с тяжелой степенью кровопотери целесообразно использовать перфторана и инфузионных антигипоксантов (мафусол, полиоксифумарин, реамберин и др.).

Е. Критериями адекватности восстановления ОЦК после мас-сивной кровопотери служат:

- уровень САД - 80-100 мм рт.ст.;

- величина ЦВД - не более 12 см вод. ст.;
- скорость диуреза — не менее 40 мл/час;
- насыщение гемоглобина капиллярной крови кислородом не менее 95% ($\text{FiO}_2 < 0,3$).

5.1.2. Коррекция коагуляционных расстройств (системная гемостатическая терапия).

А. Базисная системная гемостатическая терапия: **этамзилат (дицинон)** 12,5% - 2 мл (в/в, в/м) 4 раза в сутки, **викасол** 1% - 1 мл (в/в, в/м) 2 раза в сутки, **хлорид кальция** 10% - 10 мл (в/в) 2 раза в сутки.

Б. У всех больных с ЯК повышение АЧТВ более 40 сек, МНО более 1,3 и снижение количества тромбоцитов менее 80.000/мл свидетельствует о гипокоагуляции и требует назначения 1-2 доз **СЗГТ** в сутки.

В. Повышение фибринолитической активности плазмы крови выше 20% является показанием к назначению производных апротинина (**конгрикал** - по 50.000 КИЕ в сутки или др. аналоги) и/или **ε-аминокапроновой кислоты** 5%-100 мл — в/в 1-2 раза в сутки.

5.2. В результате обследования больные с тяжелыми ЯК относятся к одной из 3-х групп.

«Операция в течение 2 часов (неотложная)»:

- больные с продолжающимся ЯК и неэффективной лечебной эндоскопией;

- пациенты с рецидивом* ЯК в стационаре.

* - под рецидивом язвенного кровотечения понимается его возобновление после спонтанной или эндоскопической остановки по клиническим (коллапс, повторная рвота или поступление по зонду неизменной, малоизменной крови или «кофейной гущи», возобновление мелены с тахикардией, снижение гемоглобина на 20 г/л и более) и эндоскопическим данным.

5.3. «Консервативное лечение в условиях ОРИТ».

Консервативному лечению в условиях ОРИТ подлежат:

- *больные с высоким риском рецидива кровотечения;*

- *больные, нуждающиеся в коррекции нарушений гомеостаза на фоне тяжелой кровопотери и/или по общесоматическому статусу.*

Высокий риск рецидива ЯК окончательно определяется по эндоскопическим данным: Forrest I a, b, c; F II a, b после успешной лечебной эндоскопии. Этим больным, оставленным для консервативного лечения в ОРИТ, показана **контрольная ФГДС** в течение 12 часов после первичной. При отсутствии **благоприятной динамики эндоскопических признаков кровотечения** на фоне консервативного лечения коллегиально, с учетом общесоматического статуса больного принимается решение о срочной (отсроченной) операции в течение 24 часов после поступления.

Под благоприятной динамикой эндоскопических признаков кровотечения понимается отсутствие крови в просвете желудка (двенадцатиперстной кишки), изменение признаков кровотечения до Forrest II c, III. Эти больные при отсутствии общесоматических показаний к пребыванию в ОРИТ могут быть переведены для дальнейшего лечения в специализированное хирургическое отделение.

5.4. «Больные, не нуждающиеся в дальнейшем лечении в ОРИТ».

- *больные, не относящиеся к группам 5.2. и 5.3.*

Как правило, это больные со средней (реже тяжелой) ст. кровопотери, стабильные, без тяжелой сопутствующей патологии и низким риском рецидива (FII c, III). Эти больные подлежат переводу для дальнейшего лечения в специализированное хирургическое отделение.

5.5. Всем больным, указанным в пунктах 5.3 и 5.4, а также больным, подвергшимся оперативному вмешательству с прошиванием язвы, в течение 2-х часов должна быть начата **инфузионная антисекреторная терапия**.

Наиболее эффективная схема: начальное болюсное внутривенное введение 80 мг омепразола с последующей постоянной инфузией препарата в дозе 8 мг/час (200 мг/сутки) в течение 3 суток (*данная схема может быть рекомендована в первую очередь пациентам с высоким риском операции и рецидива язвенного кровотечения*).

Достоверно не отличаются по эффективности:

- схема **болюсного внутривенного введения омепразола** (80 мг и далее по 40 мг 2-3 раза в сутки в течение 3-х суток) **в комбинации с октреоткдом** (300 мг/сутки, Б/Б, п/к) и **кватателом (фамотидином)** 40 мг/ на ночь.

- **монотерапия омепразолом в болюсном режиме** (80 мг и далее по 40 мг 2-3 раза в сутки в течение 3-х суток).

С 4-5 суток осуществляется переход на пероральный прием омепразола в дозах 80-120 мг/в сут.

При недостатке средств, отпущенных на лечение в рамках ОМС, возможно применение квататела (фамотидина) в монорежиме.

6. Протоколы диагностики и лечебной тактики при нетяжелых язвенных кровотечениях (Обследование в ОЭМП, кабинете ФГДС, лечение в ХО).

6.1. Обследование в ОСМП (дополнительно к разделу 3).

Обязательные исследования: ФГДС, консультация терапевта, группа крови, резус-фактор, RW,

Дополнительные исследования (по показаниям): Rg-графия груди, биохимический анализ крови: сахар, мочевины, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, калий и натрий; тромбоциты, активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), МНО, фибринолитическая активность плазмы.

Степень тяжести кровопотери определяется в соответствии с п.4.3.

6.2. Лечебная тактика.

После ФГДС в условиях кабинета эндоскопии и подтверждения диагноза кровотечения из хронической язвы желудка (двенадцатиперстной кишки) больные с нетяжелым ЯК и низким риском рецидива (F II с и F III) подлежат **консервативному лечению в условиях специализированного ХО.**

При обнаружении в ходе ФГДС рецидива язвенного кровотечения, признаков высокого риска рецидива или ухудшении общего

состояния лечебная тактика соответствует таковой в п.п. 5.2 и 5.3, а больные направляются соответственно в операционную или ОРИТ.

6.3. Консервативное лечение в ХО.

- щадящая диета с первых суток;
- инфузионная терапия и коррекция коагуляционных расстройств проводится в соответствии с п.п. 5.1.1 и 5.1.2 .
- антисекреторная терапия: 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 и/или уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к омепразолу (80 мг/сут) — кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки.

7. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при оперативных вмешательствах по поводу язвенных кровотечений

7.1. Основная задача оперативного вмешательства при ЯК состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного соотношению большого объема операции, позволяющего устранить источник кровотечения, обеспечить надежный гемостаз и, по возможности, излечить от язвы желудка, двенадцатиперстной кишки или язвы ГЭА.

7.2. Выбор хирургической тактики лечения больных с ЯК должен быть направлен на выполнение, по возможности, радикальной операции. Операцией выбора при язве желудка является его резекция, при язвах двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка - ваготомия с дренирующими желудок вмешательствами, **альтернативная операция - резекция желудка.**

7.3. При залуковичных язвах двенадцатиперстной кишки, осложненных кровотечением, следует применять дренирующие желудок операции с прошиванием кровоточащей язвы, дополненные стволовой

ваготомией.

7.4. Допустимо применение ваготомии с пилоропластикой при кровоточащей дуоденальной язве, сочетающейся с неосложненной язвой желудка.

7.5. Оптимальным вмешательством при кровоточащих пептических язвах желудочно-кишечных суэстий следует считать стволовую ваготомию с прошиванием язвы (торакоскопическая наддиафрагмальная ваготомия допустима при состоявшемся кровотечении или после успешной эндоскопической остановки ЯК).

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

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

7.8. После радикальных органосохраняющих операций с прошиванием кровоточащей язвы и паллиативных вмешательств по поводу ЯК показана инфузионная антисекреторная терапия согласно п. 5.5.

7.9. Учитывая развитие постгеморрагического и послеоперационного иммунодефицита при тяжелой кровопотере и рецидивных ЯК целесообразно проведение в ходе оперативного вмешательства антибиотикопрофилактики цефалоспорином 2 поколения или фторхинолоном + метронидазол.

8. Протоколы диагностической эндоскопии

8.1. ФГДС при ЯК должна быть выполнена в экстренном порядке

соответственно тяжести состояния больного в пределах 2 часов после поступления в стационар. Противопоказанием для проведения лечебно-диагностической ФГДС может быть только терминальное состояние больного.

8.2. Эндоскопическая характеристика источника ЯК наряду с клинико-лабораторными критериями тяжести кровопотери определяет высокий либо низкий риск рецидива кровотечения, что играет важную роль в выборе тактики лечения пациентов с ЯК.

При эндоскопии фиксируются следующие данные:

- количество и характер содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки (мало- или неизменная кровь, содержимое по типу «кофейной гущи»);
- характер, локализация и размеры источника кровотечения;
- признаки продолжающегося или состоявшегося кровотечения.

При этом целесообразно использовать классификацию J.A. Forrest (1974):

I. Продолжающееся кровотечение:

I (A) - массивное (артериальное, пульсирующее);

I (B) - умеренное (диффузное подтекание крови);

I (C) -слабое (капиллярное);

II. Состоявшееся кровотечение:

II(A) - источник кровотечения покрыт рыхлым сгустком;

II (B)- видимый тромбированный сосуд в источнике кровотечения в виде «пенька» с тромбом коричневого (красного) цвета;

II(C)- мелкие точечные тромбированные капилляры коричневого цвета, не выступающие над уровнем кратера язвы («пигментное пятно»);

III. Отсутствие на момент осмотра признаков кровотечения.

Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются: FI a, B, c; FII a, b.

В ряде случаев размер язвы более 2 см и локализация ее на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки могут являться дополнительными эндоскопическими признаками, свидетельствующими о высоком риске рецидива ЯК.

9. Протоколы лечебной эндоскопии

9.1. Эндоскопические критерии высокого риска рецидива (F I a, Б, с; F II a, Б) являются показанием к немедленному эндоскопическому гемостазу.

9.2. Для остановки продолжающегося ЯК и профилактики его рецидива могут применяться инъекционные методики, термокоагуляция, клипирование сосудов, аргонно-плазменная коагуляция. Их сочетание нередко бывает более эффективным.

9.3. Показаниями к выполнению повторной эндоскопии являются:

- незавершенное первичное эндоскопическое исследование из-за условий, затрудняющих осмотр (проведение лечебной эндоскопии) и требующих промывания желудка. Выполняется сразу после завершения промывания желудка;
- при подозрении по клинико-лабораторным данным на рецидив ЯК;
- контроль эндоскопических признаков ЯК в течение 12 часов после первичной ФГДС у всех больных с высоким риском рецидива ЯК (F I a, Б, с; F II a, б) - для определения показаний к отсроченной операции;
- перед выпиской из стационара после консервативного лечения — всем пациентам с высоким риском рецидива ЯК и тяжелой кровопотерей при поступлении.

«Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при остром панкреатите» МКБ-10 - K85

1. Общие положения.

Острый панкреатит (ОП) характеризуется развитием отёка поджелудочной железы (отёчный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причём каждой его фазе соответствует определённая клиническая форма.

1 фаза - ферментативная, первые пять суток заболевания, в этот период происходит формирование панкреонекроза различной протяжённости, развитие эндотоксикоза (средняя длительность гиперферментемии составляет 5 суток), а у части пациентов полиорганной недостаточности и эндотоксинового шока. Максимальный срок формирования панкреонекроза составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжёлом панкреатите период формирования панкреонекроза гораздо меньше (24-36 часов). Целесообразно выделять две клинические формы: тяжёлый и нетяжёлый ОП.

- *Тяжёлый острый панкреатит.* Частота встречаемости 5%, летальность - 50-60%. Морфологическим субстратом тяжёлого ОП является распространённый панкреонекроз (кругноочаговый и тотально-субтотальный), которому соответствует эндотоксикоз тяжёлой степени.

- *Нетяжёлый острый панкреатит.* Частота встречаемости 95%, летальность - 2-3%. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита либо не образуется (отёк поджелудочной железы), либо носит ограниченный характер и широко не распространяется (очаговый панкреонекроз - до 1,0 см). Нетяжёлый ОП сопровождается эндотоксикозом, выраженность которого не достигает тяжёлой степени.

II фаза — реактивная (2-я неделя заболевания), характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинической

формой данной фазы является перипанкреатический инфильтрат.

III фаза - расплавления и секвестрации (начинается с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможно два варианта течения этой фазы:

- **асептические расплавление и секвестрация** - стерильный панкреонекроз; характеризуется образованием постнекротических кист и свищей;
- **септические расплавление и секвестрация** - инфицированный панкреонекроз и некроз парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания являются гнойно-некротический парапанкреатит и его собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, 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» по возможности следует направлять в многопрофильные стационары.

2. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе (первые пять суток заболевания)

2.1 Протокол диагностики и хирургической тактики при остром панкреатите

Как правило, осуществляется в приёмном отделении или отделении скорой помощи.

2.1.1. 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) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость 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 2.4.).

Методы а), б), в) являются обязательными при диагностике ОП, а г) и д) (лапароскопия и лапароцентез) - выполняются по показаниям (см. протокол 2.4.).

2.1.2. Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания (тяжёлый или нетяжёлый). Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Признаки, характерные для тяжёлого ОП, следующие:

а) клинические:

- перитонеальный синдром;

- нестабильная гемодинамика - тахи- (>120 в 1мин) или брадикардия (<60 в 1мин); снижение систолического АД ниже 100 мм.рт.ст.;

- олигурия (менее 250мл за последние 12 часов);

- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);

- наличие «кожных» симптомов (гиперемия лица, мраморность

и др.);

б) общий анализ крови:

- гемоглобин выше 150г/л;

- лейкоцитоз выше 14×10^9 /л;

в) биохимический анализ крови

- глюкоза выше 10 ммоль/л;

- мочевины выше 12 ммоль/л;

г) ЭКГ - ишемия миокарда или выраженные метаболические

нарушения.

2.1.3. Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в п.2, позволяет диагностировать тяжёлый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (нетяжёлый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение.

2.1.4. Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими 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.

2.1.5. Оптимальным видом лечения ОП в ферментативной фазе является *интенсивная консервативная терапия*.

2.2. Протокол лечения нетяжёлого острого панкреатита

2.2.1. Для лечения нетяжёлого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать ангисекреторной и антиферментной терапией (см. протокол 2.3.1. и 2.3.4.).

2.2.2. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 часов и наличии хотя бы одного из признаков тяжёлого панкреатита следует констатировать тяжёлый панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии и проводить лечение, соответствующее тяжёлому острому панкреатиту (протокол 2.3.).

2.3 Протокол интенсивной терапии тяжёлого панкреатита

Основной вид лечения — интенсивная консервативная терапия. Приведенный выше базисный лечебный комплекс при тяжёлом ОП является недостаточно эффективным и должен быть дополнен специализированным лечебным комплексом (см. ниже). Эффективность последнего максимальна при раннем начале лечения (первые 12 часов от начала заболевания). Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

Специализированное лечение.

2.3.1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок — первые трое суток заболевания):

- препарат выбора - сандостатин (октреотид) 100 мкгх3р подкожно;

препараты резерва - квамател (40мгх2р в/в), 5-фторурацил (5% 5мл в/в).

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

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

2.3.4. Гистопротекция:

- антиферментная терапия (контрикал-не менее 50 тыс. ед., гордокс-не менее 500тыс. ед. в/в; оптимальный срок - первые 5 суток заболевания);

- антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия.

2.3.5. Детоксикация:

- при тяжёлом ОП показаны экстракорпоральные методы детоксикации, из которых наиболее эффективным является серийный лечебный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксического шока) с последующей плазмозаменой (1-3 сеанса через

24-48 часов, средний объём плазмоексфузии около 1л); 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 (см. стандарт IV).

2.3.6. Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхилоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом).

2.4 Протокол лапароскопической операции

Лапароскопия показана:

пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;

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;

а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии - мезентериального тромбоза и др.); к признакам ОП относятся:

наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;

наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);

наличие стеатонекрозов;

- б) выявление признаков ТЯЖЁЛОГО панкреатита:
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
 - распространённые 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 наличие тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

в) лечебные задачи:

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
- лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);
- холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии;
- при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха;

Лапароскопия противопоказана при:

- нестабильной гемодинамике (эндотоксическом шоке);
- после множественных операций на брюшной полости (выраженном рубцовом процессе передней брюшной стенки и гигантских вентральных грыжах).

3. Протоколы диагностики и лечения, острого панкреатита в реактивной фазе

3.1 Протокол диагностики и мониторинга перипанкреатического инфильтрата

Реактивная (промежуточная) фаза занимает вторую неделю заболевания и характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, которая клинически выражается перипанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Перипанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками реактивной фазы деструктивного (тяжелого или среднетяжелого) панкреатита, тогда как при отёчном (лёгком) панкреатите эти признаки не выявляются.

1. Помимо клинических признаков (перипанкреатический инфильтрат и лихорадка) реактивная фаза ОДП характеризуется:
 - 1.1 лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;
 - 1.2 УЗ-признаками ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке).
2. Мониторинг перипанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания).
3. 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:
 - 3.1 Рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции.

- 3.2 Асептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гипермилаземии,
- 3.3 Септической секвестрация (развитие гнойных осложнений).

3.2 Протокол тактики лечения перипанкреатического инфильтрата

У подавляющего большинства пациентов лечение острого панкреатита в реактивной фазе является консервативным. Лапаротомия на второй неделе ОДП выполняется только при осложнениях хирургического профиля (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.), которые невозможно устранить эндоскопическими методами.

Состав лечебного комплекса:

1. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.
2. Лечебное питание (стол № 5 при среднетяжёлом ОП) или энтеральная нутриционная поддержка (тяжёлый ОП).
3. Системная антибиотикотерапия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва - карбапенемы).
4. Иммуномодуляция (два подкожных или внутривенных введения ронколейкина по 250 000 ЕД (при массе тела менее 70 кг) - 500 000 ЕД (при массе тела более 70 кг) с интервалом в 2-3 дня);

4. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений

4.1 Протокол диагностики гнойных осложнений острого панкреатита

Клинической формой острого деструктивного панкреатита в фазе септического расплавления и секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является инфицированный панкреонекроз (ИП) и гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) различной степени распространённости.

Критерии ИП и ГНПП:

1. Клинико-лабораторные проявления гнойного очага:
 - 1.1 Прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОДП.
 - 1.2 Островоспалительные маркеры (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие С-реактивный белок, прекальцитонин и др.).
2. КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).
3. Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции.

Решение о наличии у пациентов ГНПП принимается на основании лабораторно-клинического минимума (п. 1.1). Остальные признаки являются дополнительными.

4.2 Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита

4.2.1. При гнойных осложнениях ОДП показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. Объект оперативного вмешательства - гнойно-некротический парапанкреатит и/или инфицированный панкреонекроз. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрэксеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как традиционными, так и миниинвазивными методами.

4.2.2. В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:

1. Энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца).
2. Системная антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибактериального препарата зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений.
3. Иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей:

при тяжёлом сепсисе и, особенно при угрозе септического шока, - заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с применением гормонов;

при стойком и выраженном ССВР - антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные процедуры);

при низком абсолютном числе лимфоцитов периферической крови (рассчитывается по формуле: абсолютное число лейкоцитов \times процентное содержание в лейкоцитарной формуле лимфоцитов / 100%) - цитокиновая терапия ронколейкином в дозе 250 000 - 1 000 000 ЕД до восстановления показателя (в среднем 2-5 введений).

Протоколы диагностики и лечения острой кишечной непроходимости МКБ-10-K56

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

В зависимости от природы пускового механизма ОКН подразделяется на механическую и динамическую, в абсолютном большинстве - паралитическую, развивающуюся на основе пареза кишечника. Спастическая непроходимость чаще возникает на фоне аскаридоза, отравления тяжелыми металлами и их солями (свинец), при органических спинальных нарушениях.

Если острое нарушение кишечной гемодинамики захватывает внеорганные брыжеечные сосуды, возникает странгуляционная ОКН, основными формами которой являются ущемления, завороты и узлообразования. При obturationalной ОКН процесс развивается значительно медленнее, но с вовлечением всего приводящего отдела кишечника, особенно это касается опухолевой толстокишечной ОКН, когда просвет кишки перекрывается опухолью или иным объемным образованием. Промежуточное положение занимают смешанные формы ОКН - инвагинации и спаечная непроходимость, сочетающие странгуляционные и obturationalные компоненты. Спаечная непроходимость составляет до 70-80% всех форм ОКН.

Характер и выраженность клинических проявлений зависят от уровня ОКН. Различают тонкокишечную и толстокишечную ОКН; в тонкокишечной - высокую и низкую, а в толстокишечной - непроходимость правой и левой половин толстой кишки.

При всех формах ОКН тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от фактора времени и степени ишемии кишки, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

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

1. Протоколы диагностики ОКН в отделении скорой медицинской помощи (в приёмном отделении)

Главной задачей дифференциальной диагностики при наличии признаков ОКН является выделение больных со странгуляционными формами механической непроходимости. Поэтому в отделении скорой медицинской помощи (ОСМП) всех больных, поступающих с диагнозом острой кишечной непроходимости, делят на две основные группы:

- странгуляционная ОКН (завороты, ущемление, узлообразование);
- другие виды ОКН (динамическая, смешанная, обтурационная).

I. Группа больных со странгуляционной кишечной непроходимостью.

1. Критерии диагностики:

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

2. При объективном обследовании подтвердить диагноз могут следующие признаки:

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

3. Забор материала для лабораторных исследований: клинический анализ крови с гематокритом и удельным весом, общий анализ

мочи, группа крови и резус-фактор. RW, сахар крови, АСТ, АЛТ, креатинин, мочеви́на, общий белок, электролиты.

4. Инструментальные методы исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости и груди, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. После выполнения ЭКГ — консультация терапевта.

Наряду с проведением диагностических мероприятий проводится детоксикационная терапия (предоперационная подготовка), направленная на борьбу с эндотоксикозом и обезвоживанием организма. Целесообразно введение кристаллоидов из расчета 8 — 10 мл в минуту (до 400 мл в час).

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 до вводного наркоза;

- опорожнение мочевого пузыря, в случае катетеризации мочевого пузыря, катетер оставляется в его просвете до начала операции;

- превентивное парентеральное введение антибиотиков (целесообразно использование цефалоспоринов II-III поколения и метронидазол 100 мл за 30-40 минут до начала операции).

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в отделении скорой медицинской помощи в течение часа.

2. Протокол ведения больного на этапе предоперационной подготовки (блок интенсивной терапии ОСМП, ОРиТ или операционный блок)

Наличие выраженных клинических признаков общего обезвоживания и эндотоксикоза служит показанием для интенсивной предоперационной подготовки с постановкой катетера в магистральную вену и проведением инфузионной терапии. Антибиотики в этом случае вводятся за 30 минут до операции внутривенно.

Для ранней профилактики ишемических и реперфузионных поражений целесообразно введение инфузионных растворов субстратных антигипоксантов (мафусол 400 мл, реамберина 400 мл или других).

Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к неотложной операции (после кратковременной предоперационной подготовки) в сроки не более 2 часов после поступления больного в стационар. Из отделения скорой медицинской помощи или ОРИТ больные направляются в операционную.

II. Группа бальных с другими видами ОКН.

1. Критерии диагностики:
 - постепенное начало заболевания (от 2-х дней до недели и больше);
 - рвота 1—2 раза в день после начала заболевания;
 - задержка стула и газов в последние сутки заболевания.
2. При объективном обследовании:
 - выраженное общее вздутие живота;
 - отсутствие или ослабленная перистальтика;
 - симптом «падающей капли».
3. Забор материала для лабораторных исследований: клинический анализ крови с гематокритом и удельным весом, общий анализ мочи, группа крови и резус-фактор, RW, сахар крови, АСТ, АЛТ, креатинин, мочевины, общий белок, электролиты.
4. Инструментальные методы исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости и груди, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ. После выполнения ЭКГ - консультация терапевта.

Больные с установленным диагнозом ОКН и при наличии выраженных признаков общего обезвоживания и эндогемоксикоза направляются в реанимационное отделение для проведения инфузионной терапии с целью подготовки к оперативному вмешательству, которое должно быть выполнено в течение 12 часов от момента поступления больного в стационар.

3. Протоколы лечебно-диагностической тактики в хирургическом отделении

Больные, у которых диагноз ОКН требует подтверждения, а также, если синдром ОКН развивается на фоне длительного существования спаячной болезни и предшествовавших по этому поводу неоднократ-

ных операций — направляются в общехирургическое отделение, где им показано проведение лечебно-диагностических мероприятий:

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

3.1. Консервативные мероприятия по устранению ОКН включают:

- двухстороннюю сакроспинальную блокаду на уровне Th5 - Th7. В зависимости от массы тела с каждой стороны вводится 50 - 100 мл 0,25 % раствора;
- постоянную декомпрессию верхних отделов пищеварительного тракта через назогастральный или интестинальный зонд, введенный при помощи ФГДС;
- интенсивную инфузионную терапию кристаллоидными растворами в объеме 2 ~ 3 л с введением спазмолитических препаратов, а в отдельных случаях, при подозрении на паралитическую непроходимость - стимулирующих кишечную моторику препаратов (по показаниям);
- проведение очистительных клизм.

3.2. Показаниями к проведению исследований с приемом контрастного вещества при непроходимости служат:

- подозрение на спаечную и obturационную тонкокишечную непроходимость;
- отсутствие явных признаков странгуляционной непроходимости и подозрении на иные непроходимости, особенно у больных, неоднократно подвергшихся оперативным вмешательствам.

С целью сокращения времени исследования и наблюдения за больными может применяться метод зондовой энтерографии, суть которого заключается в проведении зонда за пилорический жом желудка, эвакуации содержимого в введении через него контрастного вещества. Основанием для прекращения серии Rg-грамм является фиксация поступления контраста в толстую кишку.

Задержка бариевой взвеси свыше 6 часов, как правило, является показанием к лапаротомии или лапароскопии по Хассену.

3.3. При опухолевой толстокишечной непроходимости лечение начинается в большинстве случаев с консервативных мероприятий, цель которых - устранение острой непроходимости и создание условий для выполнения радикальной операции. К перечисленным выше консервативным мероприятиям может добавляться ирригоскопия и лечебно-диагностическая эндоскопия (неотложные ректороманоскопия, фиброколоноскопия).

При отсутствии эффекта в течение 12 часов от поступления больного в стационар выполняется срочная операция.

4. Протоколы хирургической тактики при острой кишечной непроходимости

4.1. Операция по поводу ОКН всегда выполняется под общей анестезией.

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

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

4.4. 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.

4.5. Обнаружение зоны непроходимости непосредственно после лапаротомии не освобождает от необходимости систематической ревизии состояния тонкой и толстой кишок на всем их протяжении. Ревизии целесообразно предварить инфильтрацией корня брыжейки тонкой

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

4.6. 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, узлов образований или резекции этих образований без предварительных манипуляций на измененной кишке.

4.7. При определении показаний к резекции кишки используют визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика. Нежизнеспособная кишка подлежит удалению. При сомнениях в жизнеспособности кишки, особенно на большом ее протяжении допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию или лапароскопию через 12 — 24 часов.

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

4.9. 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.

4.10. Для диагностики острой спаечной кишечной непроходимости может использоваться диагностическая лапароскопия.

Лапароскопический метод лечения нецелесообразен при тяжелой запущенной кишечной непроходимости с выраженными нарушениями гомеостаза, при которой требуется назоинтестинальная интубация; признаки портальной гипертензии; некроз кишки; перенесенную лучевую терапию органов живота.

4.11. При колоректальной опухолевой непроходимости и отсутствии признаков неоперабельности выполняются одно - или двухэтапные операции в зависимости от локализации, стадии опухолевого процесса и выраженности проявлений толстокишечной непроходимости.

Выполнение неотложной правосторонней гемиколэктомии в отсутствии перитонита допустимо завершать наложением первичного илеотрансверзоанастомоза. В случае непроходимости с левосторонним расположением очага обструкции выполняется резекция ободочной кишки с удалением опухоли, которая завершается по типу операции Гартмана или проксимальной колостомией. Первичный анастомоз, как правило, не накладывает. В отдельных случаях может выполняться лапароскопическая разгрузочная проксимальная колостомия.

4.12. Все операции на ободочной кишке завершаются девульсией наружного сфинктера заднего прохода.

5. Протоколы ведения послеоперационного периода

Инфузионная программа должна составляться с учетом выраженности дегидратации и суточных патологических потерь жидкости (в среднем 40 - 70 мл/кг массы тела). Темп проводимой инфузии зависит от основных параметров системной гемодинамики (ЦВД, ЧСС, САД) и величины почасового диуреза. Соотношение кристаллоидных и коллоидных препаратов при проведении ИГТ не должно быть ниже 3:1, но выраженная артериальная гипотензия (САД менее 70 мм. рт. ст.) и гипопроteinемия (общий белок крови менее 50 г/л) служат показанием к увеличению доли коллоидной составляющей в общем объеме инфузии до 30 - 50 %. Необходим ежесуточный мониторинг КЩС и

электролитного состава крови, в зависимости от результатов которого осуществляется коррекция качественного состава вводимых растворов.

С целью борьбы с ишемическими и реперфузионными повреждениями тонкой кишки вводятся субстратные антиоксиданты и антигипоксанты.

Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде должна проводиться в зависимости от выполненного оперативного вмешательства:

1. При рассечении спаек - только антибиотикопрофилактика в предоперационном периоде.

2. Резекция кишки без явлений перитонита - ингибиторозащитные пенициллины. В качестве резерва — могут использоваться цефалоспорины 4 поколения с метронидазолом, карбопинемы, либо моксифлоксацин в течение 2 — 3 суток.

3. При наличии распространенного перитонита показаны цефалоспорины 4 поколения с метронидазолом, карбопинемы, либо моксифлоксацин. Продолжительность этой терапии составляет 3-7 суток.

Для профилактики образования острых язв ЖКТ терапия должна включать антисекреторные препараты.

Для профилактики тромбэмболических осложнений и нарушений микроциркуляции комплексная терапия должна включать либо гепарин, либо низкомолекулярные гепарины.

При выраженной энтеральной недостаточности может применяться энтеросорбция.

Лабораторные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, сахар крови, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, белок, электролиты) выполняются в ОРИТ ежедневно, а в хирургическом отделении на третьи, седьмые сутки послеоперационного периода и перед выпиской.

Энтеральная терапия проводится лечащим врачом по отдельному протоколу (см. ниже).

Выписка при неосложненном течении послеоперационного периода производится после восстановления функции кишечника.

Адьювантная химиотерапия должна проводиться в онкологии-

ческих учреждениях либо специализированных онкологических подразделениях многопрофильных учреждений, либо онкологических отделениях поликлиник под контролем онкологов-химиотерапевтов. Необходимость адьювантного цитостатического лечения определяется онкологами на основании протоколов операции, патоморфологического и гистологического заключения. Начинают эту терапию в течение ближайших 28 дней после операции.

6. Протокол энтерального лечения в послеоперационном периоде

Энтеральную терапию целесообразно начинать на операционном столе. Проводится она анестезиологом и заключается в промывании тонкой кишки через назогастроинтестинальный зонд раствором следующего состава: на 1 литр физиологического 0,9 % раствора натрия хлорида 1 пакет регидрона, 1 грамм аскорбиновой кислоты, 800 ЕД витамина Е, 10 грамм глютамина и 30 мл льняного масла.

Энтеральное питание начинается с появлением кишечной перистальтики посредством введения в интестинальный зонд глюкозо-электролитных смесей. На вторые сутки послеоперационного периода для обеспечения внутрипросветной регенеративной трофики кишки и сохранения кишечного барьера к глюкозо-электролитной смеси добавляют минимальное количество (200 — 300 мл/сутки) энтеральной полисубстратной изокolorической питательной смеси (Нутризон стандарт, Нутриент стандарт, Клинутрен и другие).

С момента подачи ГЭС необходим строгий контроль усвоения получаемой смеси, что в клинической практике производится по определению остаточного, неусвоенного объёма. В случае если объём сброса более 50 %, введение ГЭС прекращается, интестинальный зонд используется для аспирации кишечного содержимого и кишечного лаважа. При наличии на 3 — 4 сутки послеоперационного периода минимального сброса (менее 50 % введенной за сутки в кишку жидкости), количество вводимой изокolorической полисубстратной питательной смеси может быть увеличено до 500 — 600 мл/сутки капельно (со скоростью инфузии 50 - 60 мл/час). При удовлетворительных показателях усвоения питательной смеси ее количество постепенно увеличивается

(по 300 - 500 мл/сутки) до достижения 1,5 л/сутки (1500 ккал, 40 грамм белка). В случаях плохого усвоения полисубстратных смесей (вздутие живота, диарея) показано введение полуэлементных питательных смесей в указанных выше количествах (Пепти-Сорб, Нутрией-Элементаль, Пепта-Мен и другие).

Извлечение назогастроинтестинального дренирующего зонда осуществляется после восстановления устойчивой перистальтики и самостоятельного стула на 3-4 сутки. Дренирующая трубка, установленная в тонкую кишку через гастростому или ретроградно по Житнюку, удаляется несколько позже - на 4 - 6 сутки. Зонд, введенный в кишку с каркасной целью при спаечной ОКН, удаляется на 7-8 сутки.

После удаления зонда и перевода больного на щадящую диету в качестве дополнительного источника алиментации следует продолжить пероральный прием (300 - 500 мл/сутки) полисубстратной питательной смеси, содержащей пищевые волокна (Нутризон-Энергия с пищевыми волокнами. Диазон и другие).

Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при ущемленных грыжах

МКБ - 10 K40.3 - K 45.8

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

Ущемление является самым опасным осложнением грыжи. Летальность больных возрастает с возрастом, варьируя между 3,8 и 11%. Некроз ущемившихся в грыже органов наблюдается не менее чем в 10% случаев.

Формы ущемления: 1) эластическое; 2) каловое; 3) пристеночное; 4) ретроградное; 5) грыжа Литре (ущемление дивертикула Меккеля).

Наиболее часто встречаются: 1) паховые грыжи; 2) бедренные грыжи; 3) пупочные грыжи; 4) послеоперационные вентральные грыжи;

5) грыжи белой линии живота; 6) 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 являются основанием для немедленного направления больного в дежурный хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

1. Протоколы диагностики ущемлённой грыжи в отделении скорой медицинской помощи (в приёмном отделении)

Больные, поступившие в ОСМП (ПО) 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 4 группы:

1 группа - неосложненная ущемленная грыжа;

2 группа - осложненная ущемленная грыжа

При осложненной ущемленной грыже выделяют:

а) ущемленную грыжу, осложненную острой кишечной непроходимостью;

б) ущемленную грыжу, осложненную флегмоной грыжевого мешка.

3 группа - ущемленная послеоперационная вентральная грыжа

4 группа - вправившаяся ущемленная грыжа;

Главной задачей обследования больных с ущемленными грыжами в ОСМП (ПО) является выделение пациентов, требующих интенсивной предоперационной подготовки. К ним относятся, прежде всего, больные с осложненными ущемленными грыжами.

Критерии диагностики различных групп больных с ущемлённой грыжей

1.1. Группа больных с неосложненной ущемленной грыжей

Неосложненная ущемленная грыжа распознается по:

- внезапно наступившим болям в области ранее вправившейся 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»:

1.2. Группа больных с осложненной ущемленной грыжей

1.2.1. 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,
- тахикардия > 90 уд. в 1 мин.
- периодически повторяющаяся рвота;
- задержка отхождения газов;
- при обследовании определяются вздутие живота, усиление перистальтики; «шум плеска»;
- на обзорной рентгенограмме определяются чаши Клойбера и тонкокишечные арки с поперечной исчерченностью, возможно наличие «изолированной петли»;
- при УЗ исследовании определяются расширенные петли кишечника и маятникообразная перистальтика.

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

ущемленная грыжа, осложненная флегмоной грыжевого мешка распознается по:

- наличие симптомов эндотоксикоза;
- наличие лихорадки;
- 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.

1.3. Группа больных с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей

- при каловом ущемлении наблюдается постепенное начало заболевания. Постоянно существующие боли в области грыжевого выпячивания нарастают, приобретают схваткообразный характер, в последующем присоединяются симп-

томы острой кишечной непроходимости - возникает рвота, задержка газов, отсутствие стула, вздутие живота. Грыжевое выпячивание в лежачем положении не уменьшается, приобретает четкие контуры.

- эластическое ущемление типично для грыж с небольшими грыжевыми воротами. Наблюдается внезапное начало болевого синдрома из-за внедрения через грыжевые ворота большого участка кишки. В последующем болевой синдром усиливается, и присоединяются симптомы острой кишечной непроходимости.

Основными симптомами ущемленной послеоперационной вентральной грыжи являются:

- боли в области грыжевого выпячивания;
- невосприимчивость грыжи;
- болезненность при пальпации грыжевого выпячивания;
- при длительном сроке ущемления возможны клинические и рентгенологические признаки кишечной непроходимости.

1.4. Группа больных с вправившейся ущемленной грыжей

1.4.1. 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.

1.4.2. 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 (ПО)).

1.5. Протокол обследования больных в ОСМП (ПО)

В отделении ОСМП (ПО) у больных всех групп осуществляется

забор материала для лабораторных исследований, которые включают:

1. клинический анализ крови,
2. сахар крови,
3. билирубин,
4. креатинин.
5. мочевины,
6. кровь на RW,
7. группа крови и Rh- фактор,
8. коагулограмма,
9. клинический анализ мочи.

Выполняются инструментальные исследования:

1. ЭКГ
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки
3. Обзорная рентгенография брюшной полости.
4. УЗИ брюшной полости (грыжевого выпячивания - по показаниям).

После исследований выполняется консультация терапевта.

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в течение 1 часа.

Установленный диагноз ущемленной грыжи служит показанием к неотложной операции в сроки не более 2 часов после поступления больного в стационар после предоперационной подготовки.

2. Протоколы предоперационной подготовки

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

2.1.1. Опорожнение мочевого пузыря и гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства и всей передней брюшной стенки.

2.1.2. Постановку желудочного зонда и эвакуацию желудочного содержимого. Зонд сохраняется до вводного наркоза в операционной

для предотвращения регургитации.

2.1.3. Антибиотикопрофилактику за 30 мин до операции или на операционном столе.

2.1.4. Из ОС.МП (ПО) больные направляются в операционную.

2.2. Предоперационная подготовка при осложненной ущемленной грыже:

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

2.2.2 Предоперационная подготовка наряду с опорожнением мочевого пузыря, гигиенической подготовкой области оперативного вмешательства, постановкой 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. Целесообразно введение кристаллоидов из расчета 8 - 10 мл в минуту (до 400 мл в час).

внутривенное или внутримышечное введение антибиотиков (цефалоспорины II- III поколения и метронидазол 100 мл) за 30 минут 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.

2.2.3. Из блока интенсивной терапии ОСМП (ПО) или ОРИТ больные направляются в операционную.

3, Тактика при вправлении ущемлённой грыжи

3.1. При вправлении ущемленной грыжи и длительности ущемления менее 2-х часов больные из ОСМП (ПО) направляются в хирургическое отделение для динамического наблюдения в течение 24 часов. Если во время динамического наблюдения появляются симптомы ухудшения общего состояния наблюдаемого, а так же перитонеальная симптоматика - показана диагностическая лапароскопия.

3.2. При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывал сомнения, а длительность ущемления составляла 2 и более часов больной направляется в операционную для диагностической лапароскопии.

4. Протоколы дифференцированной хирургической тактики

4.1. Хирургическая тактика при неосложненной ущемленной грыже.

4.1.1. Операция по поводу неосложненной ущемленной грыжи выполняется под общей анестезией.

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

4.1.3. Основными задачами операции при ущемленной грыже являются:

- ликвидация ущемления;
- осмотр ущемленного органа и вмешательство на нем;
- пластика грыжевых ворот.

4.1.4. Разрез выполняется в соответствии с локализацией грыжи.

4.1.5. Производится вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного в нем органа.

4.1.6. Рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка недопустимо.

4.1.7. При самопроизвольном вправлении в брюшную полость

ущемленного органа 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.

4.1.8. После рассечения ущемляющего кольца производится оценка состояния ущемленного органа. Перед вправлением кишки в брюшную полость необходимо ввести в ее брыжейку 100 мл 0,25% раствора новокаина (лидокаина).

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

4.1.10. 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.

4.1.11. При ущемлении сальника выполняется его резекция в зоне выявленных изменений.

4.1.12. Выполняется герниопластика по одному из способов.

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

4.2. Хирургическая тактика при ущемленной грыже, осложненной кишечной непроходимостью.

4.2.1. Операция по поводу осложненной ущемленной грыжи всегда выполняется под наркозом.

4.2.2. Доступ - срединная лапаротомия.

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

4.2.4. Основными задачами операции при лечении ущемленной

грыжи, осложненной кишечной непроходимостью, являются:

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

4.2.5. Начальные этапы операции по устранению ущемленной грыжи, осложненной кишечной непроходимостью, соответствуют положениям, изложенным в п.п. 5-9 хирургической тактики при неосложненной ущемленной грыже.

4.2.6. При определении показаний к резекции кишки используются визуальные признаки (цвет, отечность стенки, субсерозные кровоизлияния, перистальтика, пульсация и кровенаполнение пристеночных сосудов), а также динамика этих признаков после введения в брыжейку кишки теплого раствора местного анестетика. Нежизнеспособная кишка подлежит удалению.

4.2.7. При сомнениях в жизнеспособности кишки допустимо отложить решение вопроса о резекции, используя запрограммированную релапаротомию или лапароскопию через 12 часов.

4.2.8. 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.

4.2.9. Резекции подлежит, кроме ущемленного участка, вся макроскопически измененная часть кишки плюс 40 - 60 см неизмененного приводящего отрезка кишки и 20 — 40 см неизмененного отводящего отрезка кишки. Исключение составляют резекции вблизи илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки в зоне предполагаемого пересечения.

4.2.10. 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.

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

4.2.12. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта после резекции кишки осуществляется, как правило, анастомозом «бок в бок».

4.2.13. 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.

4.2.14. Предпочтительным способом дренирования тонкой кишки является назогастроинтестинальная интубация.

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

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

4.3.2. Оперативное вмешательство начинается со срединной лапаротомии.

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

4.3.4. При ущемлении тонкой кишки 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.

4.3.5. Выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез с последую-

щим ушиванием брюшины.

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

4.3.7. Дренирование тонкой кишки выполняется по показаниям, изложенным в п.6 хирургической тактики при ущемленной грыже, осложненной ОКН.

4.3.8. Операция заканчивается дренированием брюшной полости

4.4. Хирургическая тактика при ущемленной послеоперационной вентральной грыже.

Задачи хирургического лечения при ущемленной послеоперационной вентральной грыже:

1. тщательная ревизия грыжевого мешка, учитывая его многокамерность, и ликвидация спаечного процесса в грыжевом мешке;
2. оценка жизнеспособности ущемленного в грыже органа и при наличии признаков нежизнеспособности - его резекция;
3. одна из основных задач хирурга при устранении обширной или гигантской послеоперационной вентральной грыжи — не допустить повышение внутрибрюшного давления;
4. при ущемлении больших и гигантских многокамерных послеоперационных вентральных грыж брюшной стенки операция завершается рассечением всех фиброзных перегородок и ушиванием только кожи с подкожной клетчаткой.

4.5. Хирургическая тактика при вправившейся ущемленной грыже

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

5. Протоколы послеоперационного ведения больных

5.1. При устранении неосложненной ущемленной грыжи в послеоперационном периоде осуществляется только симптоматическая терапия.

5.2. При устранении осложненной ущемленной грыжи инфузионная программа должна составляться с учетом выраженности дегидратации и суточных патологических потерь жидкости (в среднем 40 - 70 мл/кг массы тела). Темп проводимой инфузии зависит от основных параметров системной гемодинамики (ЦВД, ЧСС, САД) и величины почасового диуреза. Соотношение кристаллоидных и коллоидных препаратов при проведении ИТТ не должно быть ниже 3:1, но выраженная артериальная гипотензия (САД менее 70 мм. рт. ст.) и гипопротеинемия (общий белок крови менее 50 г/л) служат показанием к увеличению доли коллоидной составляющей в общем объеме инфузии до 30 - 50 %. Необходим ежесуточный мониторинг КЩС и электролитного состава крови, в зависимости от результатов которого осуществляется коррекция качественного состава вводимых растворов.

5.3. С целью борьбы с ишемическими и реперфузионными повреждениями тонкой кишки вводятся субстратные антиоксиданты и антигипоксанты.

5.4. Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде должна проводиться в зависимости от выполненного оперативного вмешательства:

- при резекции ущемленной кишки без явлений перитонита — ингибиторозащищенные пенициллины. В качестве резерва — могут использоваться цефалоспорины 4 поколения с метронидазолом, карбопенымы, либо моксифлоксацин в течение 2-3 суток.

- при наличии распространенного перитонита показаны цефалоспорины 4 поколения с метронидазолом, карбопенымы, либо моксифлоксацин. Продолжительность этой терапии составляет 5 — 7 суток.

5.5. Для профилактики образования острых язв ЖКТ терапия Должна включать антисекреторные препараты.

5.6. Для профилактики тромбоэмболических осложнений и нарушений микроциркуляции комплексная терапия должна включать гепарин, либо низкомолекулярные гепарины.

5.7. При выраженной энтеральной недостаточности может применяться энтеросорбция.

5.8. Лабораторные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, коагулограмма, сахар крови, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочеви́на, белок, электролиты) выполняются в ОРиТ ежедневно, а в хирургическом отделении на третьи, седьмые сутки послеоперационного периода и перед выпиской.

5.9. Энтеральная терапия проводится лечащим врачом по отдельному плану в соответствии с протоколом №6 при ОКН.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

1. Протоколы диагностики и лечения острого калькулезного холецистита в отделении скорой медицинской помощи	4
2. Протоколы медицинской тактики при остром калькулезном холецистите, осложненном перитонитом	6
3. Протоколы лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым холангитом	7
4. Протоколы лечебно-диагностической помощи при билиарном сепсисе	8
5. Протокол лечебно-диагностической помощи при остром холецистите в сочетании с острым панкреатитом	9

ОСТРЫЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

1. Протоколы организации лечебно-диагностической помощи на догоспитальном этапе	10
2. Протоколы лечебно-диагностической помощи при поступлении в стационар	10
3. Протокол обследования больных в ОСМП (приемном отделении)	11
4. Протоколы диагностики в ОРИТ (опер, блоке) больных с тяжелыми ЖКК	12
5. Протоколы лечебной тактики при тяжелых язвенных кровотечениях в условиях ОРИТ	13
6. Протоколы диагностики и лечебной тактики при нетяжелых язвенных кровотечениях	17
7. Протоколы дифференцированной хирургической тактики при оперативных вмешательствах	18
8. Протоколы диагностической эндоскопии	19
9. Протоколы лечебной эндоскопии	21

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

1- Общие положения	22
2. Протоколы диагностики и лечения в ферментативной фазе	23
3. Протоколы диагностики и лечения в реактивной фазе	29
4. Протоколы диагностики и лечения в фазе гнойных осложнений	30

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРХОДИМОСТЬ

1. Протоколы диагностики в ОСМП (приемном отделении)	34
2. Протоколы предоперационной подготовки	35
3. Протоколы лечебно-диагностической тактики в хирургическом отделении	36
4. Протоколы хирургической тактики	38
5. Протоколы ведения послеоперационного периода	40
6. Протоколы энтерального лечения в послеоперационном перио- де	42

УЩЕМЛЕНИЕ ГРЫЖИ

1. Протоколы диагностики в ОСМП (приемном отделении)	44
2. Протоколы предоперационной подготовки	48
3. Тактика при вправлении УГ	50
4. Протоколы дифференцированной хирургической тактики	50
5. Протоколы послеоперационного ведения больных	55

Подписано в печать 18.06.2007. Формат А5.
Гарнитура "Тайме" Печать офсетная
Тираж 500 экз.

Предприниматель Шевченко В.И. (типография "ШиК")
ОГРИ 304780612100067
Реестровый номер в БД поставщиков
бюджетных организаций: 7782
195279. С.-Петербург, ул. Химиков, 2
тел. 527-37-81, 527-70-38
E-mail :vish@mail.wplus.net