



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО ХИРУРГОВ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Клинический протокол РОХ

Москва • 2025

УДК 617-089:616.38
ББК 54.54
Д44

СОДЕРЖАНИЕ

Д44 **Диагностика и лечение экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости** : клинический протокол РОХ / [под ред. Президента Российского общества хирургов, академика РАН А.В. Шабунина]. – 120 с. : ил.

ISBN 978-5-7853-1574-7

Клинический протокол по диагностике и лечению экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости подготовлен ведущими хирургами нашей страны под редакцией Президента Российского общества хирургов, академика РАН А.В. Шабунина.

Данное издание предназначено для хирургов, эндоскопистов и широкого круга врачей, оказывающих круглосуточную неотложную помощь.

УДК 617-089:616.38

ББК 54.54

ISBN 978-5-7853-1574-7

© Коллектив авторов, 2025
© Московские учебники, 2025

Авторский коллектив	
кратких инструкций по экстренной хирургии	4
Обращение Президента Российского общества хирургов	18
1. Острый аппендицит у взрослых	20
2. Ущемленная грыжа	25
3. Прободная гастродуоденальная язва	30
4. Язвенные гастродуоденальные кровотечения	34
5. Острая неопухолевая кишечная непроходимость	40
6. Острая опухолевая кишечная непроходимость	47
7. Острый холецистит	51
8. Механическая желтуха неопухолевого генеза	55
9. Механическая желтуха опухолевого генеза	60
10. Острый панкреатит	66
11. Перитонит	74
12. Множественная и сочетанная травма. Политравма. Абдоминальная травма	79
13. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и/или желудка	89
14. Стеноз желудка опухолевого генеза	96
15. Кровотечение из опухоли желудка	100
16. Кровотечение из опухоли ободочной и прямой кишки	104
17. Перфорация опухоли желудка	108
18. Перфорация опухоли ободочной и прямой кишки	114

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ КРАТКИХ ИНСТРУКЦИЙ ПО ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ



1. Шабунин Алексей Васильевич

Президент Российского общества хирургов, директор ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, главный хирург Москвы, заведующий кафедрой хирургии, трансплантологии и прикладной онкологии РМАНПО МЗ РФ, академик РАН, д.м.н., профессор



2. Ревишвили Амиран Шотаевич

Вице-президент Российского общества хирургов, президент Всероссийского научного общества аритмологов, генеральный директор ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, главный хирург и эндоскопист Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор



3. Багненко Сергей Федорович

Вице-президент Российского общества хирургов, ректор ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России, академик РАН, д.м.н., профессор



4. Затевахин Игорь Иванович

Почетный президент Российского общества хирургов, заведующий кафедрой хирургических болезней ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, академик РАН, д.м.н., профессор



5. Кубышкин Валерий Алексеевич

Вице-президент Российского общества хирургов, заведующий кафедрой хирургических болезней МГУ им. М.В. Ломоносова, академик РАН, д.м.н., профессор



6. Хатьков Игорь Евгеньевич

Член президиума Российского общества хирургов, директор ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, главный внештатный специалист-онколог ДЗМ, заведующий кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета МГМСУ, Президент Российского Панкреатологического клуба, Председатель Московского онкологического общества, академик РАН, д.м.н., профессор



7. Шелыгин Юрий Анатольевич

Президент Ассоциации колопроктологов России, научный руководитель ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, главный внештатный специалист-колопроктолог ДЗМ и Министерства здравоохранения РФ, заведующий кафедрой колопроктологии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава РФ, академик РАН, д.м.н., профессор



8. Ачкасов Сергей Иванович

Директор ФГБУ НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих Минздрава России, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор



9. Емельянов Сергей Иванович

Вице-президент Российского общества хирургов, президент Российского общества эндоскопических хирургов, директор Больницы Центросоюза Российской Федерации, заведующий кафедрой эндоскопической хирургии Российского университета медицины, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор



10. Сажин Александр Вячеславович

Вице-президент Российского общества хирургов, директор Института хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор



11. Старков Юрий Геннадьевич

Заведующий хирургическим эндоскопическим отделением ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, заместитель главного хирурга и эндоскописта Министерства здравоохранения РФ, член-корреспондент РАН, д.м.н., профессор



12. Багателия Зураб Антонович

Руководитель комитета координации деятельности, планирования и развития инфраструктуры Российского общества хирургов, первый заместитель директора ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н., профессор



13. Бадалов Вадим Измайлович

Начальник кафедры и клиники военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, д.м.н., профессор



14. Благовестнов Дмитрий Алексеевич

Заведующий кафедрой неотложной и общей хирургии им. профессора А.С. Ермолова, декан хирургического факультета ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, д.м.н., профессор



15. Бочарников Дмитрий Степанович
 Научный сотрудник, заведующий отделением
 экстренной хирургической помощи ГБУЗ
 ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ



16. Ветшев Петр Сергеевич
 Советник по клинической и научной работе,
 профессор кафедры ФГБУ НМХЦ
 им. Н.И. Пирогова Минздрава России,
 д.м.н., профессор



17. Греков Дмитрий Николаевич
 Заместитель директора по клинической работе,
 главный врач ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина
 ДЗМ, ведущий научный сотрудник,
 к.м.н., доцент



18. Гугнин Антон Владимирович
 Научный сотрудник, заведующий
 хирургическим отделением ГБУЗ ММНКЦ
 им. С.П. Боткина ДЗМ, к.м.н.



19. Гуляев Андрей Андреевич
 Главный научный сотрудник научного отдела
 неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной
 терапии ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
 ДЗМ, заведующий кафедрой хирургии и эндоскопии
 им. профессора Н.А. Баулина ПИУВ – филиала
 ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Пенза,
 профессор кафедры неотложной и общей
 хирургии ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава
 России, д.м.н., профессор



20. Дарвин Владимир Васильевич
 Заведующий кафедрой хирургических
 болезней БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский
 государственный университет, главный
 специалист по профилю Хирургия БУ
 Сургутская окружная клиническая больница,
 д.м.н., профессор



21. Дибиров Магомед Дибирович
 Член президиума Российского общества
 хирургов, заведующий кафедрой
 хирургических болезней ФГБОУ ВО
 Российского университета медицины
 Минздрава России, д.м.н., профессор



22. Дроздов Павел Алексеевич
 Старший научный сотрудник, заместитель
 директора по научной работе ГБУЗ ММНКЦ
 им. С.П. Боткина ДЗМ, заведующий отделением
 трансплантации органов и тканей человека, д.м.н.



23. Ивахов Георгий Богданович
Заведующий отделом абдоминальной онкологии, профессор кафедры факультетской хирургии № 1 Института хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, д.м.н.



24. Калинин Роман Евгеньевич
Ректор ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой сердечно-сосудистой, рентгенэндоваскулярной хирургии и лучевой диагностики, д.м.н., профессор



25. Карпов Алексей Андреевич
Старший научный сотрудник, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н.



26. Климашевич Александр Владимирович
Ведущий научный сотрудник ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н., профессор



27. Колотильщиков Андрей Александрович
Научный сотрудник, заведующий отделением экстренной хирургической помощи ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, к.м.н.



28. Корольков Андрей Юрьевич
Заведующий кафедрой госпитальной хирургии № 2 с клиникой им. академика Ф.Г. Углова, руководитель отдела общей и неотложной хирургии НИИ хирургии и неотложной медицины, заместитель главного врача по хирургии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, д.м.н., профессор



29. Кулезнева Юлия Валерьевна
Руководитель отдела лучевых методов диагностики и лечения ГБУЗ ММНКЦ им. А.С. Логинова ДЗМ, профессор кафедры факультета хирургии ФГБОУ ВО Российского университета медицины Минздрава РФ, д.м.н.



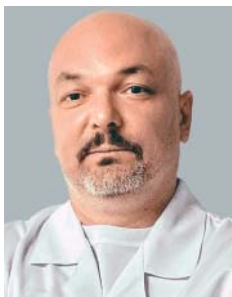
30. Лебедев Сергей Сергеевич
Ведущий научный сотрудник, заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н., профессор



31. Лебединский Иван Николаевич
Старший научный сотрудник, заведующий
онкохирургическим отделением ГБУЗ ММНКЦ
им. С.П. Боткина, к.м.н.



32. Лукин Андрей Юрьевич
Руководитель комитета стандартизации
хирургической помощи Российского общества
хирургов, ведущий научный сотрудник,
заместитель главного врача по амбулаторно-
поликлинической работе ГБУЗ ММНКЦ
им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н., профессор



33. Маер Руслан Юрьевич
Старший научный сотрудник ГБУЗ ММНКЦ
им. С.П. Боткина ДЗМ, заведующий
организационно-методическим отделом
по хирургии ДЗМ, к.м.н.



34. Новиков Сергей Валентинович
Главный научный сотрудник научного отдела
неотложной хирургии, эндоскопии
и интенсивной терапии ГБУЗ НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, профессор
кафедры неотложной и общей хирургии
им. профессора А.С. Ермолова ФГБОУ ДПО
РМАНПО МЗ РФ, д.м.н.



35. Полушин Юрий Сергеевич
Руководитель Научно-клинического центра
анестезиологии и реаниматологии, заведующий
кафедрой анестезиологии и реаниматологии
ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, академик РАН,
д.м.н., профессор



36. Проценко Денис Николаевич
Директор ММКЦ «Коммунарка», главный
внештатный специалист по анестезиологии –
реаниматологии ДЗМ, заведующий кафедрой
анестезиологии и реаниматологии НИИОПР
Пироговского университета, д.м.н., доцент



37. Прудков Михаил Иосифович
Заведующий кафедрой хирургии,
колопроктологии и эндоскопии ГАУДПО
Уральского института управления
здравоохранением им. А.Б. Блохина, главный
внештатный хирург и эндоскопист Уральского
федерального округа, д.м.н., профессор

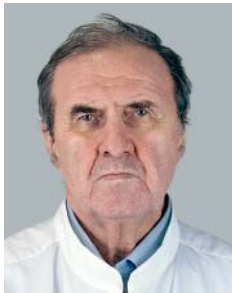


38. Рогаль Михаил Леонидович
Заместитель директора по научной работе
ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ,
д.м.н., профессор



39. Сажин Вячеслав Петрович

Вице-президент Российской ассоциации эндоскопической хирургии, главный хирург ЦФО РФ, д.м.н., профессор



40. Самохвалов Игорь Маркеллович

Член президиума Российского общества хирургов, профессор кафедры военно-полевой хирургии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, ведущий научный сотрудник СПб НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, д.м.н., профессор



41. Сучков Игорь Александрович

Президент Ассоциации флебологов России, вице-президент Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, проректор по научной работе и инновационному развитию РязГМУ им. академика И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный сердечно-сосудистый хирург Минздрава Рязанской области, д.м.н., профессор



42. Тавобилов Михаил Михайлович

Старший научный сотрудник, заведующий отделением хирургии печени и поджелудочной железы ГБУЗ ММНKC им. С.П. Боткина ДЗМ, д.м.н., профессор



43. Товмасян Рубен Семенович

Доцент кафедры госпитальной хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к.м.н.



44. Тягунов Александр Евгеньевич

Профессор кафедры факультетской хирургии № 1, руководитель отдела абдоминальной хирургии Пироговского университета, д.м.н.



45. Федоров Андрей Владимирович

Генеральный секретарь Российского общества хирургов, главный научный сотрудник ФГБУ НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, профессор кафедры хирургии РУМ, д.м.н., профессор



46. Федоров Евгений Дмитриевич

Председатель Российского эндоскопического общества, главный научный сотрудник кафедры госпитальной хирургии № 2 с НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, на базе ГКБ № 31 им. академика Г.М. Савельевой ДЗМ, д.м.н., профессор



47. Хачатрян Нана Николаевна
Вице-президент РАСХИ, профессор кафедры хирургических болезней и клинической ангиологии Российского университета медицины, д.м.н., профессор



50. Эттингер Александр Павлович
Президент Всероссийского общества герниологов, главный научный сотрудник отдела экспериментальной хирургии Института клинической хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий кафедрой организации биомедицинских исследований МБФ, д.м.н., профессор



48. Черкасов Михаил Федорович
Член президиума Российского общества хирургов, заведующий кафедрой хирургии № 4 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, главный хирург Южного федерального округа, д.м.н., профессор



51. Якомаскин Виктор Николаевич
Заведующий онкохирургическим отделением ГБУЗ ММНКЦ им. С.П. Боткина ДЗМ, к.м.н.



49. Щеголев Александр Андреевич
Заведующий кафедрой госпитальной хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, д.м.н., профессор



52. Ярцев Петр Андреевич
Руководитель отдела неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии ГБУЗ НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ, д.м.н., профессор

ОБРАЩЕНИЕ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ



Уважаемые коллеги!

Хирургия – это динамично развивающееся, высокотехнологичное направление современной медицинской науки, основной задачей которого служит улучшение результатов лечения хирургических пациентов. Время стремительно сжимается в пространстве и оказание экстренной хирургической помощи перестало быть только медицинской проблемой, а имеет большое экономическое и социальное значение.

Приоритеты дальнейшего технологического развития хирургии заключаются в активном использовании минимально инвазивных эндоскопических, лапароскопических, роботических и эндоваскулярных способов лечения. Все это определяет необходимость стандартизации оказания специализированной помощи пациентам с хирургическими заболеваниями за счет выбора оптимальной диагностической и лечебной тактики.

С целью повышения доступности специализированной медицинской помощи по профилю «Хирургия» под руководством

Президиума Российского общества хирургов (РОХ) ведущими хирургами нашей страны подготовлен Клинический протокол РОХ «Диагностика и лечение экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости». Клинический протокол РОХ разработан по 18 нозологическим формам, которые составляют 87% всего объема экстренной хирургической помощи.

Основываясь на принципах доказательной медицины, в клиническом протоколе в компактной форме представлены тактические подходы как в обычных, так и в самых сложных, а порой и драматичных ситуациях экстренной хирургии. Большой раздел посвящен лечению осложнений онкологических заболеваний с последующей маршрутизацией пациентов в специализированные учреждения.

Уверен, что Клинический протокол РОХ позволит улучшить результаты лечения экстренных хирургических пациентов за счет дальнейшей стандартизации хирургической помощи.

Отдельно хочу отметить, что организация экстренной медицинской помощи в различных регионах нашей страны имеет свои уникальные особенности в зависимости от расстояния между лечебными учреждениями, уровня оснащения и кадрового состава, требующих своей специфической логистики. В связи с этим в каждом субъекте РФ целесообразно регламентировать продуманную маршрутизацию экстренных хирургических пациентов.

Хочу поблагодарить авторский коллектив, разработавший Клинический протокол РОХ. Особые слова благодарности хочу сказать Министерству здравоохранения Российской Федерации и лично министру Мурашко Михаилу Альбертовичу за огромную работу, направленную на дальнейшее развитие хирургии в Российской Федерации.

Данное издание предназначено для хирургов, эндоскопистов и широкого круга врачей, участвующих в оказании экстренной хирургической помощи.

Академик РАН,
лауреат Государственной премии РФ
и премий Правительства РФ



Шабунин А.В.

1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ВЗРОСЛЫХ

Острый аппендицит – острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Коды по МКБ-10: K35.2, K35.3, K35.8, K36, K37, K38.0, K38.1, K38.2, K38.3, K38.8, K38.9.

Классификация

Клинико-морфологические формы: катаральный аппендицит, флегмонозный аппендицит, гангренозный аппендицит.

Осложнения: аппендикулярный инфильтрат, перфорация, аппендикулярный абсцесс, перитонит, забрюшинная флегмона, пилефлебит, внутренние и наружные свищи.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови и мочи; ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости с определением свободной жидкости.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, количественное определение С-реактивного белка, коагулограмма; определение группы крови и Rh-фактора; HCV, HBsAg, RW, ВИЧ; рентгеноскопия легких (рентгенография органов грудной клетки); МСКТ брюшной полости с пероральным и внутривенным болюсным контрастированием, ЭГДС, МРТ органов брюшной полости.

При выборе оптимального метода инструментальной диагностики острого аппендицита рекомендуется использовать предварительную оценку вероятности данного заболевания по шкалам AIR (Appendicitis Inflammatory Response Score), RIPASA (Raja Isteri Pengiran Anak Saleha Appendicitis) и AAS (Adult Appendicitis Score) (QR-коды 1–3).



Шкала AIR



Шкала RIPASA



Шкала AAS

При необходимости проводится консультация акушера-гинеколога и уролога с целью дифференциальной диагностики с гинекологическими и урологическими заболеваниями.

Невозможность исключения острого аппендицита и неясность клинической картины служат показанием к диагностической лапароскопии (при отсутствии возможности ее выполнения рекомендуется вмешательство открытым доступом) для дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости и малого таза.

Лечебная тактика

Экстренное оперативное вмешательство служит основным методом лечения острого аппендицита. Все пациенты с острым аппендицитом подлежат хирургическому вмешательству не позднее двух часов от момента установления диагноза. Исключение может быть связано с занятостью операционной и хирургической бригады. Причины задержки при условии отсутствия клинических проявлений перитонита (не более 6–8 часов) должны быть аргументированно обоснованы в медицинской документации.

Тактика ведения беременных с острым аппендицитом не отличается от общепринятой. Решение о проведении операции принимается консилиумом совместно с акушером-гинекологом.

Пациентам с острым аппендицитом при органной дисфункции рекомендуется проведение предоперационной подготовки в отделении реанимации.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Лапароскопическая аппендэктомия служит оптимальным способом хирургического лечения острого аппендицита. Возможно выполнение операции из открытого доступа, что определяется оснащенностью медицинского учреждения и наличием противопоказаний. Техника лапароскопической операции предполагает обработку основания отростка «лигатурным» методом с формированием одной или двух петель Редера без перитонизации. При наличии выраженных воспалительных изменений купола слепой кишки в области основания червеобразного отростка целесообразно пересечение основания сшивающим аппаратом.

Всем пациентам с аппендикулярным инфильтратом без признаков абсцедирования показана консервативная терапия в условиях хирургического стационара. С целью исключения абсцедирования выполняется ультразвуковое исследование в динамике и компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.

При абсцедировании аппендикулярного инфильтрата, подтвержденном данными УЗИ или КТ, показано дренирование абсцесса под УЗ-контролем. При невозможности дренирования абсцесса под УЗ-контролем его вскрытие целесообразно выполнять внебрюшинным доступом.

В случае, когда при лапароскопии или лапаротомии обнаруживается плотный аппендикулярный инфильтрат, а по данным УЗИ и КТ отсутствуют признаки абсцедирования, аппендэктомия не выполняется. Разделение инфильтрата в таком случае нецелесообразно. Операция завершается дренированием брюшной полости.

После купирования на фоне консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата рекомендуется не ранее чем через один и не позднее чем через шесть месяцев выполнить колоноскопию и КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием для исключения онкологического заболевания или осложнений болезни Крона.

При выявлении во время операции через доступ Волкова–Дьяконова неизмененного или катарально измененного червеобразного отростка показана ревизия органов брюшной полости и органов малого таза. Катарально измененный червеобразный отросток должен быть удален.

В случаях, когда при диагностической лапароскопии выявляется неизмененный червеобразный отросток, аппендэктомия не проводится. Операция завершается после ревизии брюшной полости. Выявление причины симптоматики экстренного хирургического заболевания должно быть продолжено в послеоперационном периоде.

При осложнении острого аппендицита перитонитом или острой кишечной непроходимостью объем оперативного вмешательства должен соответствовать правилам, изложенным

в разделах настоящей Инструкции для соответствующих заболеваний (перитонит, ОНКН).

В лечении пациентов в крайне тяжелом состоянии, обусловленном основной патологией или декомпенсацией сопутствующих заболеваний, целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). Хирургическая тактика заключается в минимизации объема первичной операции, направленной на купирование жизнеугрожающих состояний. В последующем проводится интенсивная терапия с целью стабилизации состояния пациента в отделении реанимации. Через 24 часа выполняется релапаротомия/релапароскопия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков выполнения релапаротомии/релапароскопии определяется на консилиуме. Количество проводимых релапаротомий/релапароскопий зависит от конкретной клинической ситуации. При стабилизации состояния пациенты переводятся в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

2. УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

Ущемленная грыжа – это острое или постепенное сдавление одного или нескольких органов брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Сдавление тонкой или ободочной кишки может сопровождаться развитием кишечной непроходимости. Ущемляются как наружные (в дефектах передней брюшной стенки), так и внутренние (в карманах брюшной полости, отверстиях диафрагмы и тазового дна) грыжи.

Коды по МКБ-10: K40 – K46.

Классификация

1. По локализации: паховые, бедренные, белой линии живота, пупочные, послеоперационные, спигелиевой линии, внутренние, парастомальные грыжи.

2. По механизму ущемления: эластическое, каловое;

- особые виды ущемления: ретроградное (W-образное), пристеночное (рихтеровское), ущемление дивертикула Меккеля (грыжа Литтре).

Осложнения: острая неопухолевая кишечная непроходимость (ОНКН), некроз ущемленного органа, перитонит, флегмона грыжевого мешка. Возможно сочетание нескольких осложнений.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории: неотложные, приоритетные и несрочные. По результатам сортировки пациенты могут быть направлены в палату интенсивной терапии, в операционную или в хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ брюшной полости и грыжевого мешка.

Дополнительные исследования: коагулограмма, биохимический анализ крови, группа крови и Rh-фактор, RW, HCV, Hbs, ВИЧ, R-графия органов грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия, КТ с пероральным и болюсным контрастированием.

Лечебная тактика

Пациенты с ущемленной грыжей подлежат экстренному хирургическому вмешательству независимо от срока, вида и локализации ущемления. Консервативное лечение и попытки вправления ущемленной грыжи недопустимы.

При стабильном состоянии пациента с установленным диагнозом «ущемленная грыжа» направляют сразу в операционную. В любых диагностически неясных случаях, при наличии тяжелой сопутствующей патологии после совместного осмотра с ответственным хирургом или консилиума пациенты, в зависимости от тяжести состояния, госпитализируются в хирургическое отделение или реанимацию. Во всех сложных случаях время диагностического обследования и предоперационной подготовки, хирургическая тактика и объем операции определяются решением консилиума в составе ответственного хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

При самостоятельном вправлении грыжи показано стационарное динамическое наблюдение. В случае отрицательной

динамики показано выполнение экстренного оперативного вмешательства.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

В случае неосложненной ущемленной грыжи оперативное вмешательство заключается в проведении грыжесечения с герниопластикой, которые могут быть выполнены лапароскопическим или лапаротомным способом. Пластика грыжевых ворот может быть мышечно-апоневротической или «ненапряжным» способом с использованием сетчатого импланта. При выборе способа герниопластики следует отдавать предпочтение «ненапряжным» способам.

В случае некроза ущемленного органа допустима его резекция из герниолапаротомного доступа либо лапароскопически с последующей пластикой грыжевых ворот. Лапаротомный доступ при ущемленной грыже необходимо выполнить в случае: необходимости дополнительной ревизии брюшной полости, резекции протяженного участка кишки, выполнения назоинтестинальной интубации и санации брюшной полости.

При сомнениях в жизнеспособности/некрозе ущемленной кишки предпочтение следует отдать отказу от резекции с релапаротомией (релапароскопией) second look через 12 часов.

При пластике грыжевых ворот следует отказаться от использования сетчатого импланта в случаях: раневой инфекции, признаках перитонита и наличия кишечного содержимого в брюшной полости. Если фасциальное закрытие передней брюшной стенки невозможно (при гигантских послеоперационных грыжах) из-за синдрома интраабдоминальной гипертензии,

а также тяжести состояния пациента, ушивается только кожа или устанавливается ВАК-система.

Пациентам, находящимся в крайне тяжелом состоянии в результате основной патологии или декомпенсации сопутствующих заболеваний, целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control), которая направлена на купирование жизнеугрожающих состояний и заключается в минимизации объема первичной операции (резекция некротизированного участка кишки без формирования анастомоза, отказ от пластики грыжевых ворот, контроль контаминации инфекции брюшной полости). В отделении реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на максимально возможную стабилизацию состояния пациента. Через 24 часа выполняется релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение временных интервалов и количества проводимых релапаротомий зависит от конкретной клинической ситуации и определяется решением консилиума.

При ущемленных грыжах, осложненных флегмоной грыжевого мешка, операцию начинают с «чистого» лапаротомного либо лапароскопического этапа. Выполняют ревизию органов брюшной полости, устанавливают характер ущемления. При ущемлении кишки пересекаются приводящий и отводящий ее отделы с ушиванием концов, идущих к грыжевому мешку. Решение о формировании анастомоза, стомы, назоинтестинальной интубации принимается в зависимости от интраабдоминальной ситуации и тяжести состояния пациента. После завершения лапаротомного этапа проводится рассечение тканей над грыжевым выпячиванием, вскрытие грыжевого мешка с удалением гнойного экссудата и некротизированного органа. Брюшная полость отграничивается местными тканями. Пластика грыжевых ворот при гнойной инфекции не выполняется, лечение инфицированной раны проводится вторичным заживлением, возможно применение ВАК-систем.

В случае осложнения ущемленной грыжи острой кишечной непроходимостью или перитонитом объем оперативного вмешательства должен соответствовать правилам, изложенным в раз-

делах настоящей Инструкции для соответствующих заболеваний (ОНКН, перитонит).

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

3. ПРОБОДНАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА

Прободная язва – хирургическое заболевание, возникающее вследствие нарушения целостности стенки органа в зоне язвы желудка или двенадцатиперстной кишки с истечением содержимого в свободную брюшную полость и/или забрюшинное пространство.

Коды по МКБ-10: K25, K26.

Классификация

- По этиологическому принципу: прободение хронической язвы (язвенная болезнь), прободение острой язвы.
- По локализации прободных отверстий: желудок, пилородуоденальная зона, двенадцатиперстная кишка, сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
- По наличию осложнений прободной язвы: кровотечение, стеноз, пенетрация.
- По клиническим формам (типам прободения): прободение в свободную брюшную полость, прикрытая прободная язва, атипичное прободение (в забрюшинное пространство, в сальниковую сумку, в плевральную полость).
- По наличию осложнений прободения: перитонит, абсцессы брюшной полости, сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий и биохимический анализ крови (креатинин, билирубин, глюкоза, амилаза), группа крови, резус-фактор, коагулограмма; ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости.

Дополнительные исследования: УЗИ по FAST-протоколу, КТ брюшной полости и грудной клетки, ЭГДС.

Лечебная тактика

Пациенты с прободной язвой подлежат экстренному хирургическому лечению. Общие принципы хирургического лечения прободной язвы заключаются в восстановлении целостности стенки желудка и двенадцатиперстной кишки и санации брюшной полости.

При стабильном состоянии пациента операция должна быть выполнена в течение 2 часов с момента постановки диагноза. Тяжелым пациентам проводится предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения или в операционной. Решение о времени проведения хирургического вмешательства принимается консилиумом в составе ответственного хирурга, реаниматолога и анестезиолога.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном

по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Выполнение оперативного вмешательства при прободной язве возможно как лапароскопическим способом, так и из лапаротомного доступа. Критериями отбора пациентов к лапароскопическому ушиванию прободения являются отсутствие шока, наличие прободения размерами до 1,0 см без выраженного перифокального воспалительного инфильтрата, удобная локализация (передняя стенка), отсутствие других осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), время менее 24 часов от момента заболевания (госпитализации), анестезиологические риски ASA меньше или равно 3 (QR-код 1). Во всех других случаях вмешательство выполняется из лапаротомного доступа.



Классификация анестезиологического риска по ASA

При неосложненном прободении операцией выбора является ушивание язвенного дефекта.

Во всех сложных и нестандартных случаях хирургическая тактика и объем операции определяются коллегиально решением консилиума в составе ответственного хирурга и анестезиолога-реаниматолога. При лечении пациентов с прободной язвой диаметром более 2 см рекомендуется индивидуальный подход, основанный на оценке состояния пациента, интраабдоминальной ситуации и локализации дефекта. Если ушивание технически невыполнимо или ведет к нарушению проходимости, возможно выполнение резекции желудка как единственного способа операции. Резекционный способ целесообразно использовать у пациентов на фоне стабильной гемодинамики.

Дуоденостомия применяется в исключительных случаях, когда хирург не может устранить перфорацию ни одним из возможных способов.

У пациентов со стенозом выходного отдела желудка, в стабильном состоянии, при отсутствии признаков разлитого гнойно-фибринозного перитонита и ASA меньше или равно 3 возможно проведение органосохраняющих дренирующих вмешательств.

В случаях лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии по основному заболеванию или декомпенсации коморбидных заболеваний, целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). Хирургическая тактика заключается в минимизации объема первичной операции, направленной на купирование жизнеугрожающих состояний (временное или постоянное восстановление целостности ЖКТ, контроль контаминации инфекции брюшной полости).

В последующем проводится интенсивная терапия, направленная на максимально возможную стабилизацию состояния пациента в отделении реанимации. Через 24 часа выполняются релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков выполнения релапаротомии определяется на консилиуме. Число проводимых релапаротомий зависит от конкретной клинической ситуации. В случае осложнения перфоративной язвы перитонитом объем оперативного вмешательства должен соответствовать правилам, изложенным в разделе настоящей Инструкции «Перитонит».

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

4. ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Язвенное гастродуоденальное кровотечение – кровотечение в просвет желудочно-кишечного тракта, источником которого является язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Коды по МКБ-10: K25.0, K25.2, K25.4, K25.6, K26.0, K26.2, K26.4, K26.6.

Классификация

1. По локализации: язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки;
2. По этиологии: язвенная болезнь как самостоятельное заболевание (ассоциированная и не ассоциированная с инфекцией *H. pylori*), симптоматические язвы (лекарственные, «стрессовые», при эндокринной патологии и другие).
3. По числу: одиночные, множественные.
4. По размерам: малые (до 0,5 см в диаметре), средние (0,6–1,9 см в диаметре), большие (2,0–3,0 см в диаметре), гигантские (свыше 3,0 см в диаметре).
5. По степени тяжести кровопотери:
 - по А.И. Горбашко (QR-код 1);



- по шкале тяжести кровопотери ACS (QR-код 2);



- по шокловому индексу Альговера (QR-код 3).



Осложнения: геморрагический шок, постгеморрагическая анемия.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости первоочередных лечебных мероприятий пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: пальцевое исследование прямой кишки, общий анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, ЭГДС.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, исследование уровня электролитов, исследование КЩС, тестирование на наличие инфекции *H. pylori*; обзорная рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки, УЗИ брюшной полости, КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием, ангиография.

Лечебная тактика

Стабильным пациентам лечебно-диагностическая эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) выполняется под внутривенной седацией в экстренном порядке не позднее 2 часов с момента поступления в стационар. Пациентам в тяжёлом и/или нестабильном состоянии, которое обусловлено клиникой продолжающегося кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, эндоскопический гемостаз проводится в рамках протокола жизнеспасительных мероприятий и требует максимально быстрого выполнения в условиях реанимационного отделения/противошоковой палаты или операционной. Предпочтительно использовать эндотрахеальную анестезию с параллельным проведением необходимого диагностического комплекса. Цель эндоскопического исследования: определение источника и активности кровотечения, размеров, глубины, состояния дна и краёв язвы, проведение профилактического и лечебного эндоскопического гемостаза, биопсия при наличии признаков онкологического процесса. При невозможности биопсии в условиях кровотечения она выполняется в ходе контрольной ЭГДС.

В процессе эндоскопического исследования необходимо выполнить стратификацию источника язвенного кровотечения по классификации J.F. Forrest (1974 г.) (QR-код 4), от чего зависит дальнейшая тактика лечения.



Классификация по Forrest

При продолжающемся кровотечении из язвы (F1A, F1B) эндоскопический гемостаз является ведущим методом лечения. Обязательным условием является проведение многокомпонентного комбинированного эндоскопического гемостаза. Для эндоскопической остановки кровотечения рекомендуется применять инъекционный метод в сочетании с термическими (диатермокоагуляция или аргано-плазменная коагуляция) методами гемостаза или клипированием.

Состоявшееся кровотечение (F2A, F2B) также служит показанием для применения, в качестве эндоскопической профилактики рецидива, инъекционного метода гемостаза в сочетании с термическими (диатермокоагуляция или аргано-плазменная коагуляция) методами или клипированием.

При выявлении в ложе язвы кровяного сгустка его следует удалить с помощью прицельного отмывания. Если имеется несмываемый, фиксированный к язве тромб-сгусток (F2B), возможно удалить его путем срезания у основания полипэктомической петлей гильотинным способом.

При состоявшемся кровотечении (F2C, F3) профилактический эндоскопический гемостаз не проводится.

Для определения дальнейшей тактики лечения рекомендуется определение риска рецидива кровотечения. Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются: Rockall ≥ 5 (QR-код 5), клинические критерии (тяжелая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст пациента, тяжелая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина, гематокрита).



Шкала рисков Rockall

Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения служат: F1A-B, F2A-B, язвенный дефект по задней стенке ДПК, глубокая язва, размер язвы $\geq 2,5$ см, видимый артериальный сосуд.

При высоком риске рецидива кровотечения повторную ЭГДС целесообразно выполнять в течение 6–8 часов после первой эндоскопии. Сроки могут быть изменены в зависимости от клинической ситуации. Рутинное выполнение контрольного эндоскопического исследования у пациентов с низким риском рецидива нецелесообразно.

У пациентов с высоким риском рецидива кровотечения после достижения эндоскопического гемостаза возможно проведение профилактической эндоваскулярной эмболизации артерий желудка и двенадцатиперстной кишки с целью снижения риска рецидива кровотечения и летального исхода.

При рецидиве кровотечения показано выполнение повторного многокомпонентного эндоскопического гемостаза. Дальнейшую лечебную тактику рекомендуется определить консилиумом специалистов. С целью профилактики повторного рецидива целесообразно выполнить эндоваскулярную эмболизацию артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.

В случае неэффективного эндоскопического гемостаза у гемодинамически стабильного пациента альтернативой открытой операции является эндоваскулярная эмболизация артерий желудка и двенадцатиперстной кишки.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического и рентгенэндоваскулярного гемостаза показана экстренная операция. Операцией выбора служит гастро(-дуодено)томия с прошиванием

кровооточающего сосуда в язве, хотя возможно изменение объема по решению интраоперационного консилиума.

У пациентов с высоким риском рецидива язвенного кровотечения при невозможности выполнения эндоскопического, медикаментозного и эндоваскулярного гемостаза в полном объеме может быть рассмотрено выполнение срочного оперативного вмешательства с целью профилактики рецидива. Объем хирургического вмешательства решается консилиумом.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии. В послеоперационном периоде проводится инфузионно-трансфузионная терапия, респираторная поддержка, антибактериальная, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка. Необходимость проведения антикоагулянтной терапии решается индивидуально с учетом риска рецидива кровотечения. Переход на энтеральное питание пациентам с низким риском рецидива кровотечения возможен в ближайшие часы после завершения эндоскопического вмешательства.

Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения после его эндоскопической остановки/профилактики рекомендуется внутривенное болюсное введение 80 мг препарата омепразол (или других ИПН) тотчас после выполнения эндоскопического гемостаза с последующей непрерывной инфузией в максимальной лечебной дозировке в течение 72 часов. Пациентам с низким риском рецидива кровотечения рекомендуется парентеральное введение ИПН после выполнения эндоскопии в течение 72 часов с последующим переходом на пероральные формы вплоть до выписки из стационара и далее до полного заживления язвенного дефекта. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

5. ОСТРАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Кишечная непроходимость (КН) – функциональная или механическая обструкция тонкой или толстой кишки. По частоте возникновения самой распространенной причиной механической обструкции является спаечная КН. Более редкие причины КН: болезнь Крона, обтурация желчным камнем, безоаром, инородным телом, инвагинация, заворот и др.

Коды по МКБ-10: K31.5, K56.0, K56.1, K56.2, K56.3, K56.4, K56.5, K56.6, K56.7.

Классификация

Одним из основных факторов, влияющих на лечебную тактику у пациентов с КН, является наличие признаков ишемии. КН целесообразно подразделять на следующие варианты: без ишемии, с обратимым и необратимым ишемическим повреждением кишечника. Самая частая причина ишемии кишки – странгуляция спайками или в грыжевых воротах. Также ишемическое повреждение возможно при завороте, инвагинации кишки, а также обтурационной непроходимости.

I. Механическая кишечная непроходимость:

1. Странгуляционная непроходимость – характеризуется сужением просвета кишки в сочетании со сдавлением сосудов брыжейки – при спаечном процессе в брюшной полости (чаще при штринге), завороте, инвагинации, узлообразовании.

2. Обтурационная непроходимость – характеризуется нарушением пассажа по различным отделам кишечника при обтурации просвета кишки желчным камнем, безоаром. Может протекать как с нарушением кровоснабжения органа, так и без сосудистых изменений. КН сопровождается нарушением пассажа кишечного содержимого, в зависимости от выраженности которого выделяют полную и частичную КН. Кишечная ишемия выявляется также у ряда пациентов с обтурацией кишки желчным конкрементом или безоаром.

II. Динамическая кишечная непроходимость.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести состояния и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ кислотно-основного состояния крови; ЭКГ, рентгенография грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости. КТ органов брюшной полости с контрастным усилением должно быть выполнено при наличии технической возможности. При отсутствии очевидных признаков странгуляции и перитонита может быть использована проба с водорастворимым контрастным препаратом, оценка продвижения которого по кишечнику продолжается в течение 24 часов от момента перорального (зондового) приема, с периодическим контролем через 12 часов или чаще. При невозможности выполнить КТ проводится рентгенография и (или) УЗИ брюшной полости.

Дополнительные исследования: коагулограмма, определение группы крови и Rh-фактора.

Основной задачей диагностического поиска является раннее выявление ишемии кишки. Клинические и лабораторные признаки ишемического повреждения кишки: органная дисфункция, тахикардия, лихорадка выше 38°C , лейкоцитоз, повышение лактата выше 2 ммоль/л. Применение КТ позволяет значительно увеличить точность диагностики, тем не менее диагноз ишемии кишки (странгуляции) всегда вероятный.

Лечебная тактика

Хирургическая тактика определяется в зависимости от причины, тяжести состояния пациента и формы кишечной непроходимости.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с очевидными клиническими признаками кишечной ишемии (странгуляции) – интенсивными постоянными болями в животе, лейкоцитозом, повышением уровня лактата больше 2 ммоль/л – оперативное лечение выполняется без полного инструментального дообследования в максимально сжатые сроки. Нестабильность пациента также может быть следствием кишечной ишемии, в связи с чем необходимо целенаправленно выявлять органную дисфункцию.

Пациентам с кишечной ишемией, установленной на КТ, оперативное лечение выполняется рано, как только возможно, независимо от этиологии КН.

У пациентов с заворотом сигмовидной кишки без очевидного некроза кишки и признаков перитонита рекомендуется предпринять попытку деторсии заворота с помощью колоноскопии.

Ранняя операция (до 24 часов от момента госпитализации) рекомендуется пациентам с обтурацией кишки желчным конкрементом или безоаром.

Пациентам со спаечной КН, болезнью Крона без очевидных признаков ишемии кишки и перитонита проводится неоперативное лечение (НОЛ). НОЛ позволяет избежать операции большинству пациентов, особенно с частичной КН. Максимальная продолжительность НОЛ – 72 часа от момента госпитализации. НОЛ включает назо-гастральную декомпрессию, инфузионную терапию, контроль клинических, лабораторных и инструментальных данных каждые 12 часов. Сохранение симптомов КН, болевого синдрома, нарастание лейкоцитоза, лактата крови, креатинина и непоступление контраста в ободочную кишку при контрольной рентгенографии (или КТ) через 24 часа после приема являются основанием для прекращения НОЛ и выполнения срочной операции.

Во всех случаях изменение сроков выполнения оперативного вмешательства определяется на консилиуме в составе хирурга, анестезиолога и реаниматолога.

Операция

Антибиотикопрофилактика перед операцией рекомендуется всем пациентам с КН. Пациентам с необратимой ишемией кишки, перитонитом, сепсисом следует назначить системную антибактериальную терапию рано, как только возможно. В остальных случаях рутинная антибактериальная терапия не рекомендуется.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Операция может быть выполнена лапаротомным или лапароскопическим доступом. При спаечной КН абсолютным противопоказанием к лапароскопическому адгезиолизису (ЛА) является нестабильность пациента. Большое количество операций на брюшной полости существенно усложняет ЛА. Оптимальным кандидатом для ЛА является пациент без органной дисфункции с перенесенной несрединной лапаротомией. Важным условием для выполнения ЛА является наличие в бригаде опытного хирурга.

Операция при спаечной КН, независимо от способа доступа, должна быть нацелена на устранение только тех спаек, которые являются причиной непроходимости и обеспечения доступа к ним. Разделение всех имеющихся спаек и сращений в брюшной полости увеличивает травматичность вмешательства. ЛА чаще, чем открытый доступ, сопровождается ятрогенным повреждением органов брюшной полости, поэтому перед завершением операции рекомендуется тщательный осмотр зондирования для исключения повреждения кишки и кровотечения.

При обтурации тонкой кишки безоаром рекомендуется его фрагментация и осторожное низведение в ободочную кишку, что также может быть выполнено лапароскопическим доступом. При невозможности фрагментации, как и при желчнокаменной КН, для извлечения безоара (желчного камня) рекомендуется энтеротомия. При невозможности дезинвагинации выполняется резекция инвагината. Выполнение энтеротомии предпочтительно на участке с наименьшими изменениями кишечной стенки дистальнее места обструкции. В случае инвагинации может быть предпринята попытка дезинвагинации, однако, как правило, формирование инвагинации у взрослых происходит в зоне патологических образований: опухолей, полипов, спаек, что чаще всего требует резекции участка кишки.

Оценка жизнеспособности кишки во время операции проводится на основании оценки цвета серозной оболочки, пульсации сосудов и перистальтики. При сомнительной жизнеспособности оценка состояния кишки может быть проведена через 12–48 (оптимально в пределах 24–36) часов на повторной операции.

Резекция кишки проводится по визуально жизнеспособным тканям. Нет доказательств, что обширные резекции тонкой кишки с отступом 30–40 см от зоны некроза улучшают результаты. В такой ситуации хирургу следует быть нацеленным на сохранение длины тонкой кишки во избежание мальабсорбции с учетом возможных повторных резекций.

В случае резекции тонкой кишки или правой половины толстой кишки у стабильных пациентов возможно формирование

первичного анастомоза. У нестабильных пациентов может быть использовано этапное лечение, когда реконструкция и ушивание брюшной стенки откладываются на 24–48 часов, после стабилизации состояния пациента. При сохраняющейся нестабильности пациента на повторной операции следует воздержаться от формирования анастомоза в пользу илеостомы. В случаях хирургического лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии в результате основной патологии или декомпенсации сопутствующих заболеваний, при наличии распространенного перитонита с высоким внутрибрюшным давлением, для профилактики развития СИАГ целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В последующем в отделении реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Через 24–48 часов выполняется релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков и количества релапаротомий определяется на консилиуме, однако следует стремиться к раннему закрытию брюшной полости.

При резекции левых отделов ободочной кишки операция может быть завершена выведением колостомы или формированием первичного анастомоза (при стабильном состоянии пациента и значительном опыте хирурга в колоректальной хирургии). При дилатации приводящих отделов перед формированием анастомоза должна быть проведена декомпрессия дилатированной кишки мануально или с помощью лаважа.

В случаях трудноразделимых спаечных конгломератов возможно формирование обходных межкишечных анастомозов либо ограниченных резекций конгломерата.

Целесообразность назо-интестинальной интубации тонкой кишки не имеет строгих научных доказательств – применение методики рекомендуется на усмотрение хирурга. Следует стремиться к максимально раннему удалению назо-интестинального зонда, а срок его нахождения не должен превышать 4–5 суток в зависимости от клинической ситуации. Основанием для прекращения назо-гастральной (-интестинальной) декомпрессии является уменьшение сброса по зонду менее 500 мл/сутки.

Послеоперационный период

Стабильные пациенты после операции могут быть госпитализированы в хирургическое отделение. Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная (при наличии показаний), антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений. Принудительная послеоперационная активизация и самостоятельное передвижение с первых суток послеоперационного периода рекомендуются стабильным пациентам независимо от вида доступа. Следует поощрять раннюю активизацию и принимать все меры, которые могут этому способствовать, такие как мотивация пациента, надлежащий контроль боли, раннее удаление мочевого катетера и дренажей.

6. ОСТРАЯ ОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая опухолевая кишечная непроходимость (ООКН) – состояние, характеризующееся полным или частичным нарушением пассажа содержимого по кишечнику вследствие механического препятствия, обусловленного опухолевым поражением толстой кишки.

Код по МКБ-10: K56.

К наиболее часто вызывающим острую опухолевую кишечную непроходимость причинам относятся злокачественные новообразования ободочной и прямой кишки.

Классификация

I. По уровню непроходимости: опухоли правых отделов ободочной кишки, опухоли левых отделов ободочной и прямой кишки.

II. По степени нарушения пассажа кишечного содержимого: полная, частичная.

III. По степени компенсации: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная.

IV. По состоянию пациента: стабильное и нестабильное.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, группа крови, Rh-фактор, коагулограмма; ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительные исследования: НСВ, HBsAg, RW; колоноскопия, КТ органов брюшной полости с пассажем водорастворимого контраста по ЖКТ, рентгенологическое исследование с оценкой пассажа водорастворимого контраста по ЖКТ.

Лечебная тактика

Хирургическая тактика определяется состоянием пациента, локализацией опухоли, уровнем и степенью компенсации ООКН.

Лечение тяжелых и нестабильных пациентов должно быть направлено на устранение непроходимости и создание благоприятных условий для скорейшего начала лечения онкологического заболевания.

При декомпенсированной форме ООКН и нестабильном состоянии пациента проводится подготовка в условиях реанимации. После интенсивной предоперационной подготовки и обследования выполняется ургентная колоноскопия с целью уточнения диагноза, определения уровня опухолевого стеноза, биопсии опухоли и декомпрессии кишечника за счет имплантации саморасширяющегося кишечного стента. У пациентов с ОКН, обусловленной опухолью нижеампулярного и среднеампулярного отделов прямой кишки стентирование не рекомендовано. При невозможности эндоскопической декомпрессии показано экстренное оперативное вмешательство.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Выполнение экстренных операций у тяжелого контингента больных должно быть направлено на спасение жизни и носить декомпрессионный и дренирующий характер за счет формирования разгрузочных стом. Больным с ООКН вследствие опухоли правой половины ободочной кишки целесообразно формирование петлевой илеостомы. Больным с ООКН вследствие опухоли левой половины ободочной кишки целесообразно формирование двустольной колостомы для разрешения кишечной непроходимости. При опухолях прямой кишки с ООКН выполняется формирование двустольной трансверзостомы. При стабильном состоянии пациента возможно выполнение правосторонней гемиколэктомии с формированием межкишечного анастомоза. У тяжелых пациентов, в исключительных случаях, когда ООКН осложняется диастатическими разрывами, некрозом стенки кишки, перфорацией и перитонитом, возможно применение резекционных способов оперативных вмешательств как единственно возможных. Изменение объема оперативного вмешательства и сроков проведения операции определяется на консилиуме. Всем больным, которым планируется формирование кишечной стомы, перед операцией рекомендована маркировка области предполагаемой стомы.

В случаях лечения пациентов, находящихся в крайне тяжелом состоянии в результате основной патологии или декомпенсации сопутствующих заболеваний, целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). Хирургическая тактика заключается в минимизации

объема первичной операции. В последующем в отделении реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на максимально возможную стабилизацию состояния пациента. Через 24 часа выполняется релапаротомия и адекватная хирургическая коррекция патологического процесса. Изменение сроков выполнения релапаротомии определяется на консилиуме. Количество проводимых релапаротомий зависит от конкретной клинической ситуации.

Проведение декомпрессии при ООКН показано всем больным на госпитальном этапе, начиная с установки назогастрального зонда. Решение вопроса о проведении интраоперационной декомпрессии тонкой кишки принимается индивидуально в зависимости от выполненного объема оперативного вмешательства.

У стабильных пациентов с компенсированной и субкомпенсированной ОКН без перфорации и перитонита, обусловленной опухолью ободочной кишки, при наличии квалифицированной бригады хирургов-онкологов или колопроктологов возможно выполнение радикальной операции по удалению опухоли ободочной кишки.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО). При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

7. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит (ОХ) – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения.

Коды по МКБ-10: K80.0, K81.0, K82.2.

Классификация

Классификация острого холецистита.

- I. По этиологии: калькулезный, бескаменный, паразитарный.
- II. По патогенезу: обтурационный, ферментативный, сосудистый.
- III. Клинико-морфологические формы:
 - катаральная форма;
 - деструктивные формы: флегмонозный; гангренозный; перфоративный.
- IV. По степени тяжести:

Согласно классификации Tokyo Guidelines (TG18): легкое течение (Grade I); средней тяжести (Grade II); тяжелое течение (Grade III) (QR-код 1).



Классификация ТОКИО TG18

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови (общий билирубин и фракции, щелочная фосфатаза, АЛТ, АСТ, амилаза, глюкоза, С-реактивный белок), коагулограмма; ЭКГ, УЗИ гепатобилиарной зоны, брюшной полости на свободную жидкость, ЭГДС.

Дополнительные исследования: группа крови, Rh-фактор; HCV, HBsAg, RW, ВИЧ; МРТ/МРХПГ, МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, эндосонография, рентгенография/КТ органов грудной клетки.

Лечебная тактика

Лечебная тактика у пациентов с ОХ определяется сроком от начала заболевания, тяжестью коморбидных заболеваний и наличием изменений внепеченочных желчных протоков. В зависимости от этих критериев пациенты распределены соответственно тяжести течения острого холецистита, которые отражены в Tokyo Guidelines (TG18).

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства,

коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Методология выполнения лапароскопической и открытой холецистэктомии отработана и не требует пояснений.

Пациенты с признаками ОХ легкого течения (группа Grade I) со сроком заболевания до 72 часов подлежат хирургическому лечению – холецистэктомии после проведения консервативной терапии в течение 12–24 часов. Оптимальным способом для выполнения холецистэктомии является лапароскопический.

При поступлении пациента после 72 часов от начала заболевания (группа Grade II) возможность и целесообразность выполнения лапароскопической холецистэктомии определяется на хирургическом консилиуме.

При тяжелом течении (группа Grade III) ОХ, с целью купирования воспалительного процесса в желчном пузыре, возможно выполнение холецистостомии (под контролем лапароскопии или УЗИ), которая показана у соматически тяжелых пациентов, а также в случаях, когда пациент поступает в стационар в поздние сроки (более 72 часов от начала заболевания).

При возникновении технических сложностей в ходе ЛХЭ за счет выраженного инфильтративного процесса в области шейки желчного пузыря целесообразно продолжить холецистэктомию «от дна» желчного пузыря. При риске возникновения интраоперационных повреждений элементов печечно-двенадцатиперстной связки показана конверсия лапароскопической холецистэктомии на лапаротомный способ. При плотных инфильтративных изменениях в области гепатодуоденальной связки допустима субтотальная резекция желчного пузыря с коагуляцией слизистой кармана Гартмана и адекватным дренированием подпеченочного пространства.

У пациентов с клиникой ОХ и патологическими изменениями желчных протоков (билиарная гипертензия, холедохолитиаз, острый гнойный холангит, механическая желтуха, острый билиарный панкреатит) рекомендуется при технических и кадровых возможностях хирургического стационара в срочном порядке выполнение эндоскопического вмешательства на внепеченочных желчных протоках с последующим решением вопроса

о выполнении холецистэктомии предпочтительно лапароскопическим способом в текущую госпитализацию. При отсутствии возможности выполнения срочного эндоскопического вмешательства необходимо рассмотреть возможность выполнения холецистостомии (предпочтительно под контролем УЗИ) с целью купирования острого воспаления желчного пузыря с дальнейшим дообследованием и определением лечебной тактики по разрешению патологических изменений внепеченочных желчных протоков.

При интраоперационном выявлении признаков патологических изменений желчных протоков (наружный диаметр ОЖП более 10 мм) целесообразно рассмотреть возможность установки наружного дренажа ОЖП через культю пузырного протока с выполнением фистулографии в послеоперационном периоде для оценки состояния желчных протоков, при подтверждении изменений показано эндоскопическое вмешательство.

Пациенты с ОХ, осложненным развитием перитонита, подлежат экстренной операции с соблюдением принципов, описанных в разделе настоящей Инструкции «Перитонит».

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

8. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха (МЖ, синдром механической желтухи) – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепеченочным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов; возникает вследствие ЖКБ и ее осложнений, осложнений хирургических операций и других доброкачественных заболеваний.

Коды по МКБ-10: K80.4, K80.8, K83.1, K83.4, K83.8, K83.9, K85, K86.1, K91.5.

Классификация

1. По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конгломерат долевых желчных протоков, общий печеночный проток (ОПП).

«Низкий» блок – общий желчный проток (ОЖП), терминальный отдел ОЖП, большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК).

2. По степени тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину (2014 г.) (QR-код 1).



Классификация тяжести механической желтухи
по Э.И. Гальперину

Осложнения синдрома МЖ: острый холангит, печеночная недостаточность, апостематоз печени, абсцессы печени, холангиогенный сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Основными задачами диагностики при МЖ являются определение причины нарушения проходимости желчевыводящих путей, уровня блока и степени тяжести желтухи, исключение обтурационного папиллолитиаза.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением билирубина и его фракций, амилазы, трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, ГГТП, глюкозы, мочевины, креатинина, коагулограммы; УЗИ брюшной полости; ЭГДС; ЭКГ.

Дополнительные исследования: определение группы крови, резус-фактор, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА); магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ); дуоденоскопия с осмотром БСДК; эндосонография, эндоскопическая холедохоскопия системой «SpyGlass DS».

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) применяются для уточнения причины МЖ, локализации препятствия и для эндоскопической ретроградной или антеградной коррекции МЖ. При этом данные вмешательства не являются самостоятельными диагностическими исследованиями.

Лечебная тактика

Общие принципы лечения синдрома МЖ заключаются в восстановлении оттока желчи, ликвидации явлений холестаза, а также в профилактике и лечении осложнений МЖ.

Всем пациентам с МЖ проводится комплексная консервативная инфузионная, детоксикационная, спазмолитическая терапия, которая может являться предоперационной подготовкой.

Хирургическая тактика определяется тяжестью состояния пациента, уровнем блока желчных протоков, тяжестью желтухи, наличием холангита и других осложнений МЖ.

При гнойном холангите и любой степени тяжести МЖ декомпрессия выполняется в срочном порядке в течение первых 6–24 часов с момента поступления в хирургический стационар. В остальных случаях провести декомпрессию желчных протоков при МЖ необходимо в течение 24–48 часов после поступления пациента в стационар.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Виды и способы оперативного лечения

Наиболее частой причиной развития МЖ неопухолевого генеза является «низкий» блок желчных протоков. При «низком» блоке любой тяжести желтухи необходима декомпрессия в срочном порядке. В этом случае операцией выбора является ретроградное эндоскопическое вмешательство на желчных протоках: ЭРХПГ, ПСТ. При невозможности эндоскопической холедохолитоэкстракции целесообразна установка билиодуоденального пластикового стента (одного или нескольких). При гнойном холангите возможна установка наружного назобилиарного зонда.

При риске развития острого панкреатита либо при его возникновении после ретроградного вмешательства возможна эндоскопическая установка пластикового стента в проток поджелудочной железы.

Экстренная декомпрессия желчных протоков показана пациентам с «высоким блоком» при МЖ средней и тяжелой степени тяжести. При МЖ легкой степени, отсутствии явлений холангита экстренная билиарная декомпрессия не проводится.

В случае «высокого» блока желчных протоков целесообразно использование чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков под УЗ- и рентген-контролем. При технической возможности целесообразно проведение дренажа ниже уровня стриктуры. При формировании после декомпрессии полного наружного желчного свища необходимо энтеральное возвращение потерь желчи. При наличии в хирургической клинике высококвалифицированного врача-эндоскописта возможно выполнение ретроградной билиарной декомпрессии при «высоком» блоке желчных протоков (стриктура + 2, + 1, 0 по Э.И. Гальперину). (QR-код 2)



*Классификация высоких рубцовых структур
по Э.И. Гальперину*

С целью декомпрессии желчных протоков, по показаниям, проводится стентирование желчных протоков пластиковыми или только покрытыми нитиноловыми стентами. Пластиковые стенты применяются при протяженной стриктуре терминального отдела ОЖП, крупном и множественном неразрешенном холедохолитиазе, гнойном холангите. Декомпрессия покрытым нитиноловым стентом показана при стриктуре желчного протока и невозможности выполнения плановой реконструктивной или восстановительной операции из-за тяжелых коморбидных заболеваний. Применение непокрытых нитиноловых стентов при МЖ неопухолевого генеза противопоказано.

Дренирование желчного пузыря под лапароскопическим или УЗ-контролем для лечения МЖ неопухолевого генеза применяется в исключительных случаях – при остром холецистите или при невозможности применения какого-либо другого способа декомпрессии желчных протоков с блоком дистальнее места впадения пузырного протока и доказанной его проходимости.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При невозможности выполнения декомпрессии желчных протоков по технической либо иной причине необходимо перевести пациента в специализированную хирургическую клинику в срочном порядке.

При наличии показаний к выполнению плановой реконструктивно-восстановительной операции, после декомпрессии желчных протоков, пациента целесообразно направить в специализированную хирургическую клинику в плановом порядке.

9. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха опухолевого генеза (МЖ, синдром механической желтухи) – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепеченочным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов; возникает вследствие первичных или метастатических опухолей органов гепатопанкреатобилиарной зоны.

Коды по МКБ-10: C17.0, C22.0, C22.1, C23.0, C24.0, C24.8, C25.0, C78.7; K83.0, K83.1.

Классификация

1. По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конгломерат долевых желчных протоков, общий печеночный проток (ОПП).

«Низкий» блок – общий желчный проток (ОЖП), терминальный отдел общего желчного протока, большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК).

2. По тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину (2014 г.) (QR-код 1).



3. Классификация Bismuth-Corlette (для рака проксимальных желчных протоков) (QR-код 2).



Причины, наиболее часто вызывающие синдром МЖ опухолевого генеза, вследствие «высокого» блока: 1. Первичные опухоли печени: холангиокарцинома (внутрипеченочная и воротная). 2. Метастатические опухоли печени и лимфоузлов печеночно-печеночно-двенадцатиперстной связки. 3. Рак желчного пузыря.

МЖ вследствие «низкого» блока: 1. Злокачественные опухоли головки поджелудочной железы. 2. Злокачественные опухоли общего желчного протока ОЖП и его терминального отдела. 3. Злокачественные опухоли БСДК. 4. Рак двенадцатиперстной кишки.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови с определением билирубина и его фракций, амилазы, АЛТ и АСТ, щелочной фосфатазы, ГГТП, глюкозы, мочевины, креатинина, коагулограмма; УЗИ брюшной полости, ЭГДС.

Дополнительные исследования: определение группы крови, Rh-фактор, онкомаркеры (СА 19–9, АФП, РЭА); МСКТ брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием, МРТ/МРХПГ, дуоденоскопия с осмотром БСДК, эндосонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатиография (ЭРХПГ), эндоскопическая холедохоскопия системой «SpyGlass DS», чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ), ПЭТ/КТ.

ЭРХПГ и ЧЧХГ не являются самостоятельными диагностическими методами, применяются только при декомпрессии желчных протоков.

Лечебная тактика

Общие принципы лечения синдрома МЖ заключаются в восстановлении оттока желчи, ликвидации явлений холестаза, а также в профилактике и лечении осложнений МЖ.

Пациентам проводится комплексная консервативная терапия, которая одновременно может служить и предоперационной подготовкой. Консервативное лечение у пациентов с МЖ необходимо осуществлять параллельно с лечебно-диагностическими мероприятиями, которые должны быть непродолжительными и преследовать цель стабилизации общего состояния пациента путем нормализации системы гемостаза, нарушений органных функций, подготовки к операции или минимально инвазивным методам билиарной декомпрессии и устранения МЖ.

Принципиально важным является контроль диуреза и водно-электролитного баланса с целью своевременной диагностики печечно-почечной недостаточности и адекватности инфузионной терапии. У всех пациентов с МЖ рекомендуется осуществлять полноценную сбалансированную нутритивную поддержку.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического ис-

следования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Хирургическая тактика при МЖ опухолевого генеза определяется в зависимости от уровня блока желчных протоков, тяжести МЖ, наличия холангита, органной дисфункции и общего состояния пациента.

При гнойном холангите рекомендуется выполнить декомпрессию в течение первых 6–24 часов с момента поступления. Пациентам с диагнозом МЖ средней и тяжелой степени декомпрессия показана в течение 24–48 часов после поступления в стационар и проведения интенсивной предоперационной подготовки.

Пациентам с МЖ опухолевого генеза легкой степени и отсутствием явлений холангита билиарная декомпрессия не проводится. Исключение составляют пациенты, которым показана: 1) противоопухолевая лекарственная терапия; 2) хирургическое лечение в объеме обширной резекции; 3) эмболизация ветвей воротной вены перед обширной резекцией печени. Этим пациентам билиарное дренирование выполняется по умолчанию независимо от степени тяжести желтухи.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Виды и способы оперативного лечения

Пациентам с МЖ опухолевого генеза средней и тяжелой степени при «низком» блоке желчных протоков рекомендуется применение ретроградного способа декомпрессии – РХПГ, ЭПСТ, билиодуоденальное стентирование пластиковым стентом. При наличии холангита целесообразна установка назобилиарного зонда. При невозможности выполнения ретроградного вмешательства рекомендуется антеградная декомпрессия желчных протоков – чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

В случае «высокого» блока желчного протока рекомендуется отдать предпочтение антеградному способу декомпрессии желчных протоков под УЗ- и рентген-контролем.

При технической возможности рекомендуется проведение холангиостомического дренажа ниже опухолевого препятствия, для минимизации наружных потерь желчи (наружно-внутреннее дренирование). При невозможности наружно-внутреннего дренирования рекомендуется устанавливать холангиостомический дренаж в супрастенотическую позицию. В такой ситуации целесообразно возвращение потерь желчи пациенту посредством установленного назогастрального либо назоинтестинального зонда.

Ретроградный способ билиарной декомпрессии в случаях «высокого» блока может быть рекомендован только при I и II типах воротной холангиокарциномы по классификации Bismuth-Corlette при условии выполнения дренирования специалистом экспертного уровня.



Классификация Bismuth-Corlette

При декомпрессии применяются пластиковые либо покрытые и непокрытые нитиновые стенты. Пластиковые стенты рекомендуется применять преимущественно при планируемом временном ретроградном способе декомпрессии, сроком от одного до полутора месяцев.

Показаниями к использованию нитиновых стентов служат нерезектабельная опухоль и тяжелые коморбидные заболевания, которые не позволяют выполнить радикальную операцию. Имплантация нитинового стента должна проводиться строго после морфологической верификации диагноза и решения онкологического консилиума.

Непокрытые нитиновые стенты устанавливаются на длительный период как окончательный этап лечения, независимо от уровня блока. Покрытые нитиновые стенты устанавливаются при необходимости декомпрессии желчных протоков при дистальном уровне билиарной обструкции. Выбор способа стентирования

и вида стента обсуждается коллегиально с учетом перспектив и варианта радикального лечения, наличия необходимого материального и технического оснащения и необходимого опыта соответствующих специалистов.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

При невозможности выполнения декомпрессии ЖВП по технической или иной причине рекомендуется в срочном порядке перевести пациента в специализированную хирургическую клинику.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО). При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

10. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит – хирургическое заболевание, развивающееся в результате некроза ацинарных клеток поджелудочной железы и приводящее к интерстициальному отеку или некрозу ткани поджелудочной железы. Некротическая форма сопровождается ферментной агрессией, последующим расширяющимся некрозом ткани поджелудочной железы, других органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства, эндотоксикозом, местной и системной воспалительной реакцией, поражением отдаленных органов и систем, органной недостаточностью, возможным инфицированием и присоединением вторичной гнойной инфекции.

Коды по МКБ-10: K85, K85.0, K85.1, K85.2, K85.3, K85.8, K85.9.

Классификация

Классифицировать острый панкреатит следует с учетом классификации «Атланта-1992», рекомендаций Международной рабочей группы по классификации ОП «APCWG» (2012 г.).

1. По степени тяжести: легкий, средний и тяжелый.

При легкой степени тяжести отсутствуют некроз поджелудочной железы, местные осложнения и органная дисфункция. При средней имеется транзиторная органная дисфункция продолжительностью до 48 часов. Для тяжелой характерна органная дисфункция продолжительностью свыше 48 часов, нагноение некротических скоплений и зон секвестрации.

2. По объему некроза паренхимы поджелудочной железы: мелкоочаговый (< 30%); крупноочаговый (≥30% и ≤50%); субтотальный (> 50%); тотальный (100%).

3. По локализации процесса: в головке, теле, хвосте, двух и более отделах ПЖ; соответственно: правый тип, центральный тип, левый тип и смешанный тип.

4. По форме: стерильный или инфицированный.

Осложнения острого панкреатита, панкреонекроза:

- местные: асептическое или инфицированное острое парапанкреатическое жидкостное скопление, острое парапанкреатическое некротическое скопление, парапанкреатический

инфильтрат, псевдокиста поджелудочной железы с асептическим или инфицированным содержимым, секвестрация, асептический или инфицированный отграниченный некроз, абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства, распространенный гнойно-некротический парапанкреатит (флегмона);

- экстрапанкреатические: панкреатогенный асцит, ферментативный и гнойный перитонит, механическая желтуха, кровотечение, панкреатический свищ, деструкция полых органов, некроз паренхиматозных органов, абсцессы;
- системные: панкреатогенный, инфекционно-токсический шок, органная или полиорганная дисфункция, сепсис.

Для острого панкреатита легкой степени тяжести не характерны местные и системные осложнения, фазовое течение. Панкреонекроз проявляется средней или тяжелой степенью тяжести заболевания. Как правило, имеет фазовое течение.

I фаза (ранняя). Подразделяется на периоды IA и IB.

IA – 1-я неделя заболевания. Это период формирования очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы и окружающей клетчатке. Характерно развитие эндотоксикоза. Локализация и объем некротических изменений и жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы определяют масштаб и скорость распространения патологических изменений в парапанкреатической клетчатке, формирование жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития осложнений. Эндотоксикоз проявляется системными нарушениями в виде органной или полиорганной дисфункции различной степени выраженности.

IB – 2-я неделя заболевания. Период характеризуется системной реакцией на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Клинически превалирует резорбтивная лихорадка. Формируется парапанкреатический инфильтрат.

II фаза (поздняя). Начинается с 3–4 недели заболевания и может длиться до нескольких месяцев. Возможно два варианта течения:

- асептическая секвестрация или стерильный панкреонекроз характеризуются образованием секвестров и жидкостных скоплений;

- септическая секвестрация развивается при инфицировании очагов некроза и секвестрации. Характеризуется гнойными осложнениями, к которым относятся инфицированные острые жидкостные скопления, инфицированный отграниченный некроз, псевдокиста поджелудочной железы с инфицированным содержимым, абсцесс сальниковой сумки или забрюшинного пространства, распространенный гнойно-некротический парапанкреатит (флегмона).

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

При формировании диагноза проводится стратификация острого панкреатита по этиологии, тяжести состояния, распространенности и характеру поражения.

Диагноз устанавливается на основании сочетания минимум двух из следующих признаков: характерная клиническая картина, гиперферментемия, типичные патологические изменения по данным УЗИ и КТ.

В дальнейшем для определения степени тяжести и прогноза развития заболевания целесообразно применение многопараметрических шкал APACHE II, SAPS, MODS, SOFA (QR-коды 1–4).



APACHE II



SAPS



MODS



SOFA

Обязательные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, мочевины, креатинина, глюкозы и амилазы, определение активности АСТ и АЛТ; УЗИ органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства и плевральных синусов.

При остром панкреатите обязательно выполнение КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с болюсным контрастированием. КТ целесообразно выполнять при поступлении пациента, а затем через каждые 7–10 суток и по показаниям накануне хирургического вмешательства.

Дополнительные исследования: коагулограмма, С-реактивный белок, группа крови, Rh-фактор, HCV, HBsAg, RW; ЭКГ, рентгеновское исследование грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС, магнитно-резонансная томография органов брюшной полости, Эндо-УЗИ.

Использование лапароскопии возможно для проведения дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Особенности диагностики в I (раннюю) фазу.

Целесообразно использование клинико-инструментального моделирования панкреонекроза с целью прогнозирования развития заболевания и определения оптимальной лечебной тактики.

Особенности диагностики во II (позднюю) фазу.

Целесообразно применение типирования гнойно-деструктивных осложнений панкреонекроза, которое позволяет установить

вариант поражения забрюшинных клетчаточных пространств и выбрать оптимальный хирургический доступ (QR-код 5).



Типы инфицированного панкреонекроза во II фазу ОП

Лечебная тактика

В I (раннюю) фазу острого панкреатита (панкреонекроза) предпочтительна только комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения, включающая аналгезию, коррекцию гипоксии, нарушений микроциркуляции, центральной гемодинамики, профилактику респираторных нарушений, детоксикацию, стимуляцию кишечника, нутритивную поддержку, профилактику синдрома интраабдоминальной гипертензии, деконтаминацию кишечника. При необходимости терапия может быть расширена применением препаратов соматостатина и экстракорпоральных методов детоксикации.

В раннюю фазу хирургические способы лечения допустимы по строгим показаниям с применением минимально травматичных технологий.

При наличии клинико-морфологических признаков «Модели-3» (правый тип), диссоциации протоковой системы и жизнеспособности паренхимы дистальных отделов поджелудочной железы в течение первых 3 суток от начала заболевания целесообразно выполнение экстренного эндоскопического транспиллярного стентирования главного панкреатического протока с проведением стента за зону поперечного некроза.

Осложненное (клинически значимое) острое жидкостное скопление служит показанием к применению пункционно-дренирующего способа. Отсутствие отделяемого, купирование жидкостного скопления по данным инструментального исследования являются показанием к удалению дренажей, что необходимо для исключения вторичного инфицирования.

Применение в I фазу открытых хирургических вмешательств показано исключительно при развитии осложнений, которые невозможно устранить с помощью минимально травматичных способов.

При асептическом варианте течения II фазы секвестрации проведение хирургических вмешательств допустимо лишь по строгим показаниям. Предпочтение при этом следует отдавать минимально травматичным технологиям.

Прогрессирование клинико-лабораторных показателей синдрома системного воспалительного ответа, ухудшение состояния пациента по данным многопараметрических шкал, КТ-признаки нагноения, положительные результаты бактериоскопии и бактериологического исследования свидетельствуют о наличии гнойно-деструктивных осложнений, служащих показанием к хирургическому лечению.

Хирургическая тактика во II фазу в значительной степени определяется отсутствием или наличием инфицирования некротических тканей поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Во II фазу необходимо оценить показания к секвестрэктомии, определить оптимальный хирургический способ, оперативный доступ, а также объем операции.

Этапный способ хирургического лечения с использованием на 1-м этапе минимально травматичных вмешательств оптимален при подтвержденном инфицированном панкреонекрозе. Инфицированное острое жидкостное скопление или инфицированная псевдокиста поджелудочной железы, абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства служат показанием к применению чрескожного пункционно-дренирующего способа лечения.

С целью адекватной санации гнойно-некротических очагов с секвестрированными тканями показано выполнение секвестрэктомии. Возможно применение чрескожного пункционно-дренирующего способа, транслуминального, ретроперитонеоскопического, открытого и комбинированного способов. В ходе выполнения хирургических вмешательств целесообразно использование интраоперационной УЗ- и КТ-навигации.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Способ анестезиологического пособия определяется тяжестью состояния пациента, объемом планируемого хирургического вмешательства, наличием сопутствующей патологии. Целесообразно использование общей анестезии.

Выбор способа секвестрэктомии и оперативного доступа в позднюю фазу определяется диагностированным типом гнойно-деструктивных изменений в забрюшинных клетчаточных пространствах.

При наличии ограниченного гнойно-деструктивного процесса в собственно забрюшинном или парапанкреатическом клетчаточном пространстве возможно использование транслуминальной эндоскопической секвестрэктомии.

При формировании инфицированных секвестров в околоободочном клетчаточном пространстве следует применять минимально травматичный способ ретроперитонеоскопической секвестрэктомии.

Использование открытого способа показано при вовлечении в гнойно-некротический процесс парапанкреатического, околоободочного, околопочечного клетчаточных пространств, а также клетчаточного пространства по ходу мочеточников и магистральных сосудов. Открытый способ возможно комбинировать с чрескожным пункционно-дренирующим способом и ретроперитонеоскопической секвестрэктомией. Вмешательство предпочтительно осуществлять через минимально возможные по размеру внебрюшинные доступы. Объем операции заключается в секвестрэктомии. «Закрытый» или «открытый» варианты дренирования определяются адекватностью секвестрэктомии.

Хирургическое лечение панкреонекроза протяженно по времени. Важнейшим принципом служит ограничение свободной

брюшной полости от инфицированного забрюшинного пространства, позволяющее восстановить работу кишечника, проводить энтеральное питание в течение длительного лечебного процесса. Ревизии и этапные секвестрэктомии через свободную брюшную полость не проводятся. Контроль за эффективностью секвестрэктомии и дренирования осуществляется при помощи УЗИ, КТ и фистулографии. Показания к повторным ревизионным вмешательствам определяются клинической картиной и данными инструментального исследования.

Интенсивный болевой синдром, гиперамилаземия, гипербилирубинемия, повышение трансаминаз, характерные признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ и/или МРХПГ, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при ЭГДС могут свидетельствовать о наличии вклиненного камня БДС. В таком случае необходимо восстановление пассажа желчи и панкреатического секрета. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией служит операцией выбора. Срочное эндоскопическое вмешательство следует проводить в течение 6–24 часов с момента поступления пациента.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде проводятся инфузионная терапия, респираторная и нутритивная поддержка, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. Осуществляется лабораторный и инструментальный мониторинг с целью оценки тяжести состояния и выявления осложнений.

11. ПЕРИТОНИТ

Перитонит – острое воспаление брюшины, сопровождающееся комплексом патологических процессов, протекающих в просвете брюшной полости, брюшине, подлежащих тканях, приводящих к системной воспалительной реакции, полиорганной дисфункции, сепсису.

Коды по МКБ-10: K65.0, K65.8, K65.9.

Классификация

Классификация перитонита (Савельев В.С. и соавт., 2011):

1. Основное заболевание (указывается нозологическая причина перитонита).

2. Этиологическая характеристика:

2.1. Первичный (спонтанный или связанный с трансмиссивными заболеваниями).

2.2. Вторичный (обусловленный перфорацией, деструкцией или травмой органов).

2.3. Третичный (персистирующий или вялотекущий).

3. Распространенность:

3.1. Местный (занимающий 1–2 анатомические области):

- отграниченный (инфильтрат, абсцесс);
- неотграниченный.

3.2. Распространенный:

- диффузный (занимает от 2 до 5 анатомических областей);
- разлитой (тотальный – занимает более 5 анатомических областей).

4. Экссудат и его примеси:

4.1. Характер экссудата: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический (и их сочетания).

4.2. Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь.

Осложнения: сепсис, септический шок, синдром интраабдоминальной гипертензии, абсцессы брюшной полости, раневая инфекция, ангиогенная инфекция, уроинфекция.

Тяжесть состояния в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции при возможности определяется в баллах на основании шкал

APACHE II (QR-код 1), SAPS (QR-код 2), MODS (QR-код 3), SOFA (QR-код 4), qSOFA (QR-код 5).



APACHE II



SAPS



MODS



SOFA



qSOFA

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты

маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, рентгенография органов брюшной полости.

Дополнительные исследования: группа крови и Rh-фактор; С-реактивный белок, прокальцитонин, лактат, белковые фракции, кислотно-щелочное состояние; рентгенография органов грудной клетки, ЭГДС, измерение внутрибрюшного давления, КТ брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием.

Лечебная тактика

Экстренное оперативное вмешательство – основной метод лечения перитонита. В случае необходимости предоперационной подготовки место ее проведения, длительность и лечебная тактика определяются индивидуально решением консилиума с обязательным участием хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом купировании основного заболевания, купировании септического шока, полиорганной недостаточности, сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, динамику местного и системного воспалительного процесса.

Вид хирургического доступа у пациентов с перитонитом рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния и распространенности патологического процесса. Возможно использование лапароскопического и лапаротомного доступов.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Диагностическая лапароскопия показана при клинической картине перитонита, отсутствии септического шока и синдрома интраабдоминальной гипертензии, так как позволяет в большинстве случаев верифицировать причину и распространенность перитонита, оценить возможность применения лапароскопического способа операции и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности его проведения предпочтение отдается лапаротомии.

При тяжелом, нестабильном состоянии пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы, контроль контаминации брюшной полости, ушивание перфорации без резекции). В дальнейшем в условиях отделения реанимации проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство в адекватном объеме выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев определения показаний к релапаротомии либо к завершению санаций возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния:



Мангеймский индекс
перитонита (QR-код 6)



Прогностический индекс
релапаротомии (QR-код 7)



Критерии
интраоперационной оценки
характера поражения
органов брюшной полости
при перитоните (QR-код 8)

Парез кишечника с расширением кишки более 4 см служит показанием к назоинтестинальной интубации. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии в брюшной полости не полностью санированного источника инфекции, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Целесообразен контроль внутрибрюшного давления. Комплексное консервативное лечение включает инфузионную, антибактериальную, антисекреторную, антикоагулянтную терапию, вазопрессорную, респираторную и нутритивную поддержку, экстракорпоральные методы детоксикации. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

12. МНОЖЕСТВЕННАЯ И СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА. ПОЛИТРАВМА. АБДОМИНАЛЬНАЯ ТРАВМА

Множественная травма – механическая травма (открытая или закрытая травма), в результате которой возникло два и более повреждений (органов, костей и т.д.) в пределах одной анатомической области.

Сочетанная травма – травма двух и более из семи анатомических областей тела (голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности).

Политравма – тяжелая сочетанная, комбинированная или множественная травма, сопровождающаяся острым нарушением жизненно важных функций, требующая хирургических и реанимационных мероприятий интенсивной терапии. К политравме относят повреждения ≥ 2 анатомических областей с тяжестью повреждения по шкале AIS ≥ 3 баллов в сочетании с ≥ 1 физиологическим фактором риска (возраст ≥ 70 лет, ШКГ ≤ 8 , гипотензия систАД ≤ 60 мм рт. ст., ацидоз (BE ≤ -6), коагулопатия (АЧТВ ≥ 40 сек или МНО $\geq 1,4$), лактат $> 2,5$ ммоль/л, гипотермия $< 36^\circ\text{C}$).

Коды по МКБ-10: T07, T79.4, T94.0, T94.1; S30.1, S30.7, S30.8, S30.9, S 31.1, S31.7, S31.8, S35, S36, S39.

Классификация

Все травмы и ранения в зависимости от количества и локализации повреждений делятся на изолированные, множественные и сочетанные.

1. По тяжести: травмы подразделяются на четыре группы: легкие, средней тяжести, тяжелые и крайне тяжелые.

2. По этиологии: механические травмы без повреждения кожного покрова и ранения (огнестрельные – пулевые, дробовые и т.д., осколочные, колото-резаные, колотые, резаные, рубленые, укушенные, взрывные, минно-взрывные).

3. По травматогенезу: ДТП, падения с высоты (кататравма), удар тяжелым предметом, обрушение зданий и конструкций, железнодорожная травма, производственная травма, спортивная травма, конфликтная ситуация, военная травма, прочие.

4. В зависимости от повреждения целостности кожного покрова механические травмы могут быть: открытые и закрытые.

5. Ранения могут быть слепые, сквозные, касательные по виду раневого канала, а по отношению к полостям: проникающие (с повреждением внутренних органов, без повреждений внутренних органов) и непроникающие.

По виду поврежденных органов: полые органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, тонкая и толстая кишка), паренхиматозные органы (печень, селезенка, поджелудочная железа), повреждение внеорганных образований (сальник, брыжейка), повреждение кровеносных сосудов (аорта, нижняя полая вена, воротная вена, сосуды брыжейки).

Представляет практический интерес использования шкалы повреждений Abbreviated injury scale (AIS), индекс травмы брюшной полости Abdominal trauma index (ATI) для определения степени тяжести травмы с установлением риска осложнений в послеоперационном периоде и Классификации Американской ассоциации хирургов-травматологов для уточнения степени повреждений конкретного органа (American Association for the Surgery of Trauma AAST) (QR-коды 1–3).



AIS



ATI



AAST

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы

оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Приоритетом оказания догоспитальной помощи является борьба с жизнеугрожающими последствиями травм. Время доставки в стационар должно быть минимальным, лучше в травмоцентр 2-го или 3-го уровня, и только в исключительных ситуациях – в травмоцентр 1-го уровня или ближайший стационар с круглосуточной хирургической и реаниматологической службами. Выделяют ряд основных («красных») критериев предпочтительного направления пострадавшего в наиболее крупный из возможных травмоцентров (QR-код 4).



Критерии максимального риска тяжелых повреждений

Необходимо предварительное оповещение бригадой СМП лечебного учреждения доступными средствами связи при наличии у пациента тяжелой травмы. Отсутствие внешних признаков абдоминальной травмы не исключает наличия тяжелых повреждений внутренних органов. Экстренная помощь при травме оказывается в соответствии с правилом «золотого часа» и приоритетности оказания медицинской помощи (QR-код 5).



Протокол ATLS

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости

от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории: неотложные, приоритетные и несрочные. По результатам сортировки пациенты могут быть направлены в палату интенсивной терапии, в операционную или в хирургическое отделение.

Пациенты с нестабильной гемодинамикой, в независимости от степени повреждений, направляются в палату интенсивной терапии (противошоковую палату).

Клинические проявления сочетанной и множественной травм зависят от конкретных анатомических повреждений в одной или нескольких анатомических областях и могут варьировать от практически полного отсутствия жалоб до состояния клинической смерти. Наиболее типичными общими проявлениями сочетанных и множественных травм являются признаки кровопотери и травматического шока.

Обстоятельства травмы (травматогенез) несут важную диагностическую информацию в плане вероятных «типичных» повреждений и уточняются по возможности из нескольких источников: от самого пострадавшего, от бригады скорой помощи, от очевидцев событий или родственников.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, группа крови и Rh-фактор; ЭКГ, обзорная рентгенография органов грудной клетки, УЗИ по FAST-протоколу (Focused Assessment with Sonography for Trauma) (QR-код 6).



FAST-протокол

Дополнительные исследования: коагулограмма, биохимический анализ крови, КЩС, кровь на содержание алкоголя; УЗИ (детальный осмотр в динамике), обзорная рентге-

нография брюшной полости, КТ с внутривенным болюсным контрастированием, ангиография, диагностическая пункция брюшной/плевральных полостей, диагностическая лапароскопия, ЭГДС.

Компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием – «золотой стандарт» для определения степени тяжести травмы у гемодинамически стабильных больных. Стандартный протокол «пан-КТ» при политравме должен включать КТ головы и шейного отдела позвоночника без контраста и КТ груди, живота и таза с контрастом (грудь – артериальная фаза, живот и таз – артериальная и венозная фаза).

КТ гемодинамически нестабильным пострадавшим, при наличии жизнеугрожающих последствий травм, с вероятным наличием внутреннего кровотечения – не выполняют до исключения/устранения жизнеугрожающих последствий травм (асфиксии, напряженного пневмоторакса, продолжающегося наружного кровотечения).

Дополнительно назначаются при обоснованном подозрении на ушиб сердца – сердечные тропонины; при подозрении на синдром длительного или позиционного сдавления, компартмент-синдром – уровень свободного миоглобина, калия и креатинфосфокиназы; всем тяжело пострадавшим женщинам фертильного возраста – ХГЧ.

Основной задачей диагностики является своевременное выявление причин жизнеугрожающего состояния пациента и определение в зависимости от этого тактики лечения.

Лечебная тактика

Хирургическая тактика зависит от вида и характера травмы, наличия повреждений других органов и результатов FAST-протокола (QR-код 7).



Тактика ведения пациента FAST

Пострадавшие с одинаковыми повреждениями в зависимости от ряда факторов могут иметь различную тяжесть состояния на момент поступления в стационар, что и определяет хирургическую тактику.

Описаны две основные лечебные тактики при тяжелых травмах.

При стабильном состоянии пострадавшего, молодом возрасте и отсутствии выраженной сопутствующей патологии используется раннее исчерпывающее лечение (Early Total Care), которое предусматривает окончательное устранение всех выявленных повреждений в ходе первичного вмешательства в расчете на стабильное состояние пациента.

При нестабильном состоянии пострадавшего используется тактика контроля повреждения (Damage Control), которая направлена на упреждающую коррекцию развивающейся «смертельной триады» (гипотермия, гипокоагуляция, ацидоз) путем минимизации первичной хирургической агрессии.

Показания к реализации тактики контроля повреждений могут быть установлены как пред-, так и интраоперационно. Решение о применении данной тактики у пострадавших в пограничном состоянии принимается индивидуально.

Выделяют три основных группы показаний:

1) общие показания – при нестабильной гемодинамике пострадавшего, когда длительная операция может привести к дополнительной кровопотере, охлаждению пациента, прогрессированию нарушения свертывающей системы крови;

2) «местные» показания – ввиду тяжелых и крайне тяжелых повреждений внутренних органов, когда вред от длительной реконструктивной операции (ее травматичность) будет превышать пользу от нее;

3) медико-тактические показания – когда при множественном/массовом поступлении пострадавших, в сложных условиях боевой обстановки, при отсутствии определенного навыка у оперирующего хирурга, недостаточных медицинских ресурсов приходится вынужденно сократить объем вмешательства.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства,

наличия у него сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Современным эффективным методом борьбы с продолжающимся внутренним кровотечением и шоком является эндоваскулярная хирургия. Для временной остановки внутрибрюшного кровотечения у гемодинамически нестабильных пострадавших может быть использован метод реанимационной эндоваскулярной баллонной окклюзии аорты (РЭБОА).

В послеоперационном периоде проводятся респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антикоагулянтная и антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям проводится лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния пострадавшего в динамике и выявления осложнений.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильные хирургические отделения.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Тактика при закрытой абдоминальной травме

Пациентам с нестабильной гемодинамикой и «положительным» результатом FAST-протокола показано выполнение лапаротомии и ревизии органов брюшной полости. «Положительным» результатом FAST-протокола, свидетельствующим о наличии гемоперитонеума, является расхождение листков брюшины в одной из точек более чем на 3 см либо расхождение листков брюшины в трех точках более чем на 1 см.

При стабильной гемодинамике пациентам с «положительным» или «сомнительным» результатом FAST-протокола показано выполнение компьютерной томографии с внутривенным

болюсным контрастированием с последующим определением тактики хирургического лечения. При наличии травмы паренхиматозных органов с экстравазацией контрастного препарата показано выполнение ангиографии и эндоваскулярной селективной эмболизации афферентного сосуда. При неэффективности эндоваскулярной эмболизации показано оперативное лечение.

При тяжелой травме печени возможными вариантами гемостаза могут быть прошивание сосудов, тампонирующее и пакетирование печени. При этом тампонирующее является наименее эффективным способом гемостаза. Последующее хирургическое вмешательство выполняется через 24 часа в рамках тактики Damage Control. Необходимо отметить, что билиостаз при крайне тяжелом состоянии пациента не является первостепенной задачей и может быть выполнен при повторном хирургическом вмешательстве.

Больным с травмой селезенки при возможности необходимо отдавать предпочтение органосохраняющим методикам (ушивание, коагуляция, резекция с применением электрохирургического оборудования, гемостатических средств, прошивание, пакетирование), при невозможности спленэктомия.

Наличие свободного газа в брюшной полости при абдоминальной травме является показанием к лапаротомии, так как является признаком травмы полого органа.

Лапароскопия показана при стабильном состоянии пациента, в случае невозможности исключения повреждений внутренних органов после проведенного комплекса диагностических мероприятий.

Пациентам с «отрицательным» результатом FAST-протокола рекомендовано проведение активно-выжидательной тактики с динамическими осмотрами хирургом и выполнение УЗИ-контроля через 2–3 часа, затем в зависимости от клинической картины и результатов инструментальных обследований.

Тактика при открытой абдоминальной травме

Хирургическая тактика при открытых травмах ОБП состоит из трех составляющих: первичная хирургическая обра-

ботка (ПХО) раны, лапароскопия, лапаротомия, каждый из которых может применяться как изолированно, так и дополняться друг другом. Причем все эти манипуляции одновременно являются и диагностическими и лечебными оперативными вмешательствами.

ПХО показана всем пострадавшим при «свежих» неинфицированных ранах.

Лапаротомия показана при нестабильности гемодинамики, признаках продолжающегося внутрибрюшного кровотечения, при эвентрации и проникающем характере ранения.

Лапароскопия показана гемодинамически стабильным пострадавшим с диагностической целью в случаях сомнения в проникающем характере ранений при ПХО, когда имеются точечные ранения, сложная локализация ран, район реберных дуг, поясничная, паховая, ягодичная область и отсутствует возможность проследить раневой канал.

При стабильном состоянии пациента в ясном сознании, без признаков перитонита и внутрибрюшного кровотечения, при отсутствии признаков повреждений внутренних органов по УЗИ и обзорной R/графии, после ПХО раны, показано динамическое наблюдение за пациентом.

При травме давностью более 24 часов и отсутствии клинической картины внутрибрюшного кровотечения и перитонита показано динамическое наблюдение, в сомнительных случаях выполняется диагностическая лапароскопия.

Тактика неоперативного лечения (НОЛ) повреждений

В последние годы активно применяется тактика неоперативного лечения пострадавших с абдоминальными травмами, которая позволяет в ряде случаев избежать травматичных хирургических операций.

Применение алгоритма НОЛ возможно у гемодинамически стабильных больных при отсутствии симптомов перитонита.

При изолированной травме живота и ясном сознании пациента проведение рутинной КТ не является обязательным. При множественной и сочетанной травмах перед принятием решения

о выборе тактики НОЛ рекомендовано проведение КТ с внутривенным контрастированием.

Пациенты, которым применена тактика НОЛ, подлежат динамическому наблюдению в условиях реанимации или хирургического отделения, где проводится комплексное лечение, динамические осмотры хирургом, лабораторный мониторинг, УЗИ в динамике, при необходимости первичное/повторное КТ. При любых сомнениях хирурга на любом из этапов динамического наблюдения за пациентом либо при ухудшении его состояния, появления инструментальных признаков патологии в брюшной полости показан переход от тактики НОЛ к хирургической.

13. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И/ИЛИ ЖЕЛУДКА

Кровотечение из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и/или желудка – критическое состояние, которое возникает при разрыве измененной стенки вен пищевода и/или желудка вследствие повышения давления в системе воротной вены и развития синдрома портальной гипертензии (ПГ).

Клинически значимая ПГ, возникающая при печеночном венозном градиенте давления более 10 мм рт. ст., ассоциируется с развитием осложнений в виде расширения диаметра ствола воротной (более 14 мм) и селезеночной (более 8 мм) вен, варикозной трансформации вен пищевода и желудка, формирования эктопических варикозных вен кишечника, спленомегалии с явлениями гиперспленизма, развития асцитического синдрома.

Код по МКБ-10: I85.0.

Классификация

По локализации:

1. Изолированное варикозное расширение вен пищевода:
 - ограниченное ВРВ средней и нижней трети пищевода;
 - тотальное ВРВ пищевода.
2. Варикозное расширение вен желудка (Классификация Sarin, QR-код 1):



SARIN

3. По выраженности расширения вен (Классификация Шерцингера А.Г., QR-код 2).



Классификация А.Г. Шерцингера

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную или в хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий анализ крови, группа крови и Rh-фактор, биохимический анализ крови (альбумин, общий билирубин, креатинин, мочевины, глюкозу), коагулограмма (МНО, АЧТВ, фибриноген); ЭКГ, ЭГДС.

Дополнительные исследования: общий анализ мочи, биохимический анализ крови (фракции билирубина, холестерин и его фракции, АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, ЛДГ), тромбоэластограмма, коагулограмма (АЧТВ, фибриноген), КЩС, HBsAg, RW, ВИЧ, АФП, ПЦР к гепатиту В и С; рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости и гепатопанкреатобилиарной зоны, МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием, Эхо-КТ, компьютерная томография легких, эластометрия печени, КТ легких.

По результатам обследования необходимо стратифицировать пациентов по следующим классификациям: шоковый индекс Альговера (QR-код 3), тяжесть цирроза печени по Child-Pugh (QR-код 4)



Индекс Альговера



Child-Pugh

Лечебная тактика

Консервативное лечение:

Стратегия трансфузионной терапии должна определяться индивидуально: необходимо рассмотреть трансфузию эритроцитарной массы при уровне гемоглобина менее 70 г/л, тромбоконцентра – количество тромбоцитов менее 50×10^9 , свежзамороженной плазмы при МНО более 1,5.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Препараты, снижающие давление в системе воротной вены, должны быть назначены в максимально переносимой дозе после стабилизации артериального давления, обычно с 5 суток после кровотечения (пропранолол 20 мг × 4 раза в день или карведилол до 25 мг/сут).

Для профилактики печеночной энцефалопатии целесообразно раннее назначение перорального питания.

Вазоактивные препараты могут быть назначены на срок от 2–5 суток (терлипрессин 1 мг каждые 4 часа или соматостатин 50–100 мкг болюсно, далее инфузионно 25–50 мкг/час).

Хирургическое лечение:

Тактика хирургического лечения определяется результатами эндоскопического исследования. У больных с органной дисфункцией и/или клинической картиной продолжающегося кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта ЭГДС выполняется в максимально короткие сроки от момента поступления в стационар в условиях реанимационного отделения, противошоковой палаты или операционной под наркозом. У больных без органной дисфункции и без клиники продолжающегося кровотечения сроки выполнения ЭГДС не должны превышать 12 часов от момента поступления в стационар.

При диагностике состоявшегося кровотечения из ВРВ пищевода и/или желудка больному назначается консервативная терапия, по необходимости производится стабилизация состояния, после чего, для вторичной профилактики рецидива кровотечения, целесообразно рассмотрение вопроса об эндоскопическом лигировании. Показанием к эндоскопическому лигированию является наличие ВРВ пищевода и/или желудка GOV1 II-III степени. Противопоказанием – наличие варикозных узлов в желудке (кроме GOV1) и ДПК (QR-код 5). При наличии показаний и невозможности проведения эндоскопического лигирования целесообразно рассмотреть вопрос о переводе больного в стационар, где данный вид вмешательства выполняется.



Методика эндоскопического лигирования

При диагностике продолжающегося кровотечения из ВРВ пищевода и/или кардиального и субкардиального отделов малой кривизны желудка оптимальным объемом вмешательства является выполнение эндоскопического лигирования вен (см. выше *противопоказания*) (QR-код 5).

При невозможности эндоскопического лигирования временный гемостаз обеспечивается установкой хирургом зонда-обтуратора Блэкмора на фоне проведения консервативной терапии (QR-код 6).



Методика установки зонда Блэкмора

Через 4 часа с момента установки зонда-обтуратора пищеводный баллон распускают. При отсутствии рецидива кровотечения пищеводный баллон оставляют спущенным. Желудочный баллон распускают спустя 6 часов от момента установки зонда. При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения после распускания желудочного баллона, зонд остается для контроля за рецидивом на 12–24 часа. Далее выполняется контрольное эндоскопическое исследование с оценкой возможности (см. выше *противопоказания*) и необходимости выполнения эндоскопического лигирования (см. выше *показания*) (QR-код 5). При невозможности провести эндоскопическое лигирование целесообразно рассмотреть вопрос о переводе больного в стационар, где данный вид вмешательства выполняется.

При появлении в зонде свежей крови после распускания желудочной или пищеводной манжеток клиническая картина

должна расцениваться как рецидив кровотечения, манжетки повторно раздуваются на 4–6 часов на фоне проведения консервативной терапии.

При повторном рецидиве после распускания желудочной или пищеводной манжеток временный гемостаз вновь обеспечивается зондом Блэкмора и принимается решение об экстренном оперативном вмешательстве: операция М.Д. Пациоры (QR-код 7) или трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (TIPS) (QR-код 8).



Методика М.Д. Пациоры



TIPS

Анестезиологическое пособие при хирургическом лечении определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, коморбидных заболеваний. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

В случае раннего рецидива кровотечения после эндоскопического лигирования временный гемостаз осуществляется зондом Блэкмора (QR-код 6), с повторным эндоскопическим исследованием. Возможно проведение повторного эндоскопического лигирования (QR-код 5). При его невозможности или следующем рецидиве выставляются показания к экстренному оперативному вмешательству (QR-код 7, QR-код 8).

При диагностике продолжающегося кровотечения из ВРВ желудка, кроме GOV1, вне зависимости от гемодинамического статуса больного, показано экстренное хирургическое вмешательство (QR-код 7).

Лечение пациентов с состоявшимся кровотечением из ВРВ пищевода и/или желудка по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их

состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

В послеоперационном периоде назначается респираторная и нутритивная поддержка, инфузионная, антибактериальная, антисекреторная терапия, психоэмоциональная коррекция. По показаниям выполняется лабораторный и инструментальный мониторинг для оценки состояния и выявления осложнений.

В дальнейшем на стационарном или амбулаторном этапе проводится дообследование, в объем которого в обязательном порядке включается МСКТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием. На основании дообследования больной может быть направлен в специализированный центр, где принимается решение об объеме хирургической коррекции портальной гипертензии для вторичной профилактики рецидива кровотечения.

14. СТЕНОЗ ЖЕЛУДКА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Стеноз желудка опухолевого генеза – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа пищи из желудка и двенадцатиперстной кишки в тощую кишку, возникающее как осложнение злокачественных опухолей желудка или органов панкреатодуоденальной зоны.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

Выделяют три стадии опухолевого стеноза выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. К ним относятся:

1) компенсированный стеноз – возникает за счет умеренного сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки до 1/2 просвета;

2) субкомпенсированный стеноз – возникает за счет сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки до 2/3 просвета, сопровождающийся атрофией и атонией стенки желудка с явлениями застоя пищи;

3) декомпенсированный стеноз – возникает за счет сужения выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки более 2/3 просвета.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭГДС, рентгеноскопия пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с водорастворимым контрастом.

Рекомендуется выполнить эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью определения локализации опухолевого процесса, а также оценки выраженности стеноза в условиях внутривенной седации. При неverifiedированном опухолевом стенозе желудка рекомендуется выполнение мультифокальной биопсии из опухоли (биопсия желудка под эндоскопическим контролем).

Рекомендуется выполнение рентгеноскопии пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки с водорастворимым контрастом для определения степени и уровня стеноза, а также его протяженности и сроков эвакуации контраста в начальные отделы тонкой кишки.

Дополнительные исследования: онкомаркеры (СА 19–9, РЭА); КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием.

Лечебная тактика

При компенсированном стенозе экстренная хирургическая коррекция не проводится, показано обследование пациента с морфологической верификацией диагноза и направление в специализированную онкологическую клинику.

При суб- и декомпенсированном стенозе выполняется ЭГДС, важным этапом которой является уточнение диагноза

и морфологическая верификация. Для обеспечения адекватного энтерального питания устанавливается назоинтестинальный зонд за зону стеноза и назогастральный зонд для декомпрессии желудка. В дальнейшем проводится энтеральное питание через зонд, комплексная консервативная терапия, направленная на коррекцию показателей гомеостаза.

После коррекции водно-электролитных расстройств и обеспечения возможности полноценного энтерального питания выполняется комплекс инструментальных обследований для оценки распространенности онкологического процесса, включая КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Хирургическая тактика при стенозе желудка и двенадцатиперстной кишки опухолевого генеза определяется состоянием пациента, распространенностью опухолевого процесса, локализацией, протяженностью и диаметром сужения, что определяет возможность применения тех или иных способов лечения.

При нерезектабельном процессе основная цель – восстановление возможности энтерального питания. Восстановление пассажа пищи достигается различными подходами: эндоскопическое стентирование опухолевого стеноза, лапароскопическая или лапаротомная гастроеюностомия, лапароскопическая или лапаротомная еюностомия у пациентов с тотальным поражением желудка.

Если в процессе дообследования выявлена резектабельная опухоль, то целесообразно провести телемедицинскую консультацию со специализированным онкологическим стационаром о возможности выполнения дистальной субтотальной резекции желудка или гастрэктомии. При наличии такой возможности необходим перевод в специализированное учреждение.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция после-

дующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Эндоскопическое стентирование выполняется под рентгеновским контролем. Возможно использование покрытых и непокрытых саморасширяющихся стентов.

При недоступности эндоскопического стентирования при приемлемом операционно-анестезиологическом риске (ASA I–III) и отсутствии асцита целесообразно формирование гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем на длинной петле впередиободочно лапаротомным или лапароскопическим способом.

Лапароскопическая или лапаротомная подвешная еюностомия формируется для обеспечения энтерального питания при тотальном поражении желудка и невозможности применения вышеперечисленных способов.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

15. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Кровотечение из опухоли желудка – угрожающее жизни состояние, проявляющееся истечением крови в просвет желудка, которое развивается вследствие распада опухоли.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

В настоящее время общепринята эндоскопическая классификация язвенных кровотечений по Forrest, согласно которой выделяют 3 группы: Forrest I – продолжающееся кровотечение, Forrest II – состоявшееся кровотечение, Forrest III – язва без признаков кровотечения (QR-код 1).



Классификация Forrest

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости

ти в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭГДС.

Диагноз кровотечения из опухоли желудка устанавливается на основании данных анамнеза, клинических признаков кровотечения в просвет ЖКТ, лабораторных признаков кровопотери и результатах ЭГДС. ЭГДС целесообразно выполнить максимально быстро, но не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар под седацией.

Все диагностические исследования проводятся на фоне интенсивной терапии, направленной на стабилизацию гемодинамики и коррекцию анемии.

Дополнительные исследования: онкомаркеры (СА 19-9, РЭА); КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием, ангиография.

Лечебная тактика

Пациентам с признаками продолжающегося/перенесенного кровотечения рекомендуется проведение системной гемостатической терапии. Консервативная терапия также включает коррекцию волевических нарушений, парэнтеральное введение гемостатиков, при наличии показаний – трансфузию компонентов крови.

При обнаружении во время ЭГДС признаков продолжающегося кровотечения из опухоли желудка при определяемом источнике кровотечения или высоком риске его рецидива рекомендуется проведение эндоскопических гемостатических мероприятий. Наиболее часто используют методы эндоскопического гемостаза – инфильтративный, аргонплазменная коагуляция. Показано выполнение биопсии опухоли при первичной процедуре или в отсроченном порядке при контрольном эндоскопическом исследовании.

Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения из опухоли или неэффективности эндоскопического гемостаза показано применение рентгенэндоваскулярных технологий, заключающихся в селективной эмболизации артериальных сосудов, питающих опухоль.

При рецидиве кровотечения в случае неэффективности эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза показано хирургическое лечение.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Общие принципы хирургического лечения заключаются в достижении надежного гемостаза.

При неэффективности эндоскопических методик и профузном кровотечении целесообразно выполнение гастротомии с прошиванием кровоточащего сосуда. В случаях, когда источник кровотечения четко не определяется, а имеется продолжающееся диффузное кровотечение, возможна рентгенэндоваскулярная или лапаротомная деваскуляризация желудка. В исключительных случаях, при невозможности достижения надежного гемостаза и отсутствии опухолевой инфильтрации окружающих тканей при стабильной гемодинамике, по решению консилиума может быть выполнена паллиативная резекция желудка или гастрэктомия без лимфодиссекции как единственно возможный способ операции, направленной на остановку кровотечения.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение.

Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

После достижения надежного гемостаза выполняется комплекс инструментальных обследований, включающих биопсию опухоли, а также для оценки распространенности онкологического процесса КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

16. КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ОПУХОЛИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Кровотечение из опухоли ободочной и прямой кишки – угрожающее жизни состояние, проявляющееся истечением крови в просвет ободочной и прямой кишки, которое развивается вследствие распада опухоли.

Коды по МКБ-10: C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20.

Классификация

1. По локализации.
2. По клинике: продолжающееся или активное, состоявшееся.
3. По объему: массивное или профузное, малое или минимальное.
4. По характеру: острое, хроническое или скрытое.
5. По степени тяжести – величина кровопотери (анемия): легкая, средняя, тяжелая.
6. По частоте: первичное, рецидивное.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам

сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, ЭГДС, колоноскопия.

Диагноз кровотечения из опухоли ободочной и прямой кишки устанавливается на основании данных анамнеза, клинических признаков кишечного кровотечения, лабораторных признаков кровопотери и результатах диагностической колоноскопии.

ЭГДС выполняется с целью исключения источника из верхних отделов желудочно-кишечного тракта; колоноскопия – с целью обнаружения возможного источника кровотечения, верификации диагноза.

Дополнительные исследования: КТ органов брюшной полости и малого таза с болюсным контрастированием, мультифокальная биопсия с целью установки морфологического диагноза, прямая ангиография.

Лечебная тактика

При стабильном состоянии пациентам с признаками продолжающегося/перенесенного кровотечения рекомендуется проведение системной гемостатической терапии. Консервативная терапия также включает коррекцию водно-электролитических нарушений, парэнтеральное введение гемостатиков, трансфузию компонентов крови.

ЭГДС и колоноскопию выполняют в экстренном порядке после соответствующей подготовки кишечника в условиях протившоковой палаты, реанимационного отделения или операционной под наркозом. Если при колоноскопии выявляется источник кровотечения, то показано выполнение комбинированного эндоскопического гемостаза. При этом используются методы эндоскопического гемостаза, такие как инфильтрационный, аргоноплазменная коагуляция.

Показанием к операции в исключительных случаях является продолжающееся кровотечение при неэффективности консервативных мероприятий и эндоскопических методик по решению консилиума. Главной задачей хирургического лечения является остановка кровотечения с использованием резекции участка кишки с источником кровотечения как единственно возможный способ достижения гемостаза.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

При стабильной гемодинамике рекомендуется следующая тактика.

При правосторонней локализации выполняется правосторонняя гемиколэктомия с формированием илеотрансверзоанастомоза. При выраженной анемии и тяжелом состоянии пациента возможно выведение илеостомы без формирования анастомоза. При левосторонней локализации выполняется резекция участка толстой кишки с опухолью (левосторонняя гемиколэктомия, сигмоидэктомия, передняя резекция прямой кишки) с выведением одноствольной колостомы. При выполнении экстренного оперативного вмешательства по поводу кровотечения не рекомендуется выполнять стандартный объем лимфодиссекции, как при плановом оперативном лечении.

В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника кровотечения (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы). В дальнейшем, в усло-

виях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

17. ПЕРФОРАЦИЯ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

Перфорация опухоли желудка – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения целостности пораженной опухолью стенки желудка, которое сопровождается истечением его содержимого в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство или плевральную полость.

Коды по МКБ-10: C16.0, C16.1, C16.2, C16.3, C16.4, C16.5, C16.6, C16.8, C16.9.

Классификация

По клиническим формам (типам перфорации): перфорация в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация, атипичная перфорация (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку, в плевральную полость).

По наличию осложнений перфорации: перитонит, абсцессы брюшной полости, сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исхо-

дя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распределяются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости/КТ брюшной полости.

Рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа. При низкой информативности рентгенологического метода рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости. При отсутствии признаков свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов исследования рекомендуется пероральное введение водорастворимого рентгеноконтрастного йодсодержащего вещества с проведением повторного рентгенологического исследования (обзорная рентгенография органов брюшной полости или КТ органов брюшной полости) с целью выявления затеков контрастного вещества за пределы ЖКТ.

Дополнительные исследования: ЭГДС, диагностическая лапароскопия, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА), КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Лечебная тактика

Пациентам в тяжелом состоянии с признаками разлитого перитонита и выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и сопутствующими заболеваниями рекомендовано проведение предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии/реанимационного отделения или операционной с целью коррекции основных витальных функций и улучшения периоперационного прогноза. Время подготовки

определяется консилиумом в составе врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога с привлечением специалистов другого профиля при необходимости.

Всем пациентам с перфорацией опухоли желудка показано экстренное хирургическое лечение с целью устранения источника перитонита и санации брюшной полости. Операция может быть выполнена лапаротомным или лапароскопическим способом. Вид хирургического доступа пациентам с клинической картиной перитонита рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния больного и распространенности перитонита.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Ушивание перфорации (в том числе с тампонирующим прядью большого сальника) является основным способом хирургического лечения. У пациентов с признаками перфорации опухоли желудка при неverifiedированном процессе рекомендуется выполнение интраоперационной биопсии с целью прижизненного патолого-анатомического исследования материала. При невозможности ушивания перфорации, в исключительных случаях, как единственно возможный способ операции, допустимо применение резекционных методик (дистальная или проксимальная резекция желудка, гастрэктомия) при отсутствии опухолевой инфильтрации по решению консилиума. Санация брюшной полости проводится в зависимости от распространенности перитонита. Показанием к интубации тонкой кишки служит парез кишечника с расширением петель более

4 см. Не следует стремиться интубировать всю тонкую кишку. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом лечении основного заболевания, купировании септического шока и полиорганной недостаточности, лечении сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, и динамику местного и системного воспалительного процесса.

Возможно использование как лапаротомного, так и лапароскопического доступа, в том числе для уточнения диагноза и определения оптимального доступа при конверсии. Диагностическая лапароскопия при клинической картине перитонита и отсутствии септического шока и компартмент-синдрома целесообразна, т.к. позволяет в большинстве случаев верифицировать причину перитонита, оценить истинную распространенность перитонита и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности проведения операции предпочтение отдается лапаротомии.

Дальнейшая тактика совпадает с описанной в главе «Перитонит». В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита. В дальнейшем, в условиях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев к релапаротомии либо к завершению санаций

возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния, Мангеймский индекс перитонита (QR-код 1), прогностический индекс релапаротомии (QR-код 2), критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните (QR-код 3).



Мангеймский индекс



ПИР



Критерии оценки поражений

В случае пареза кишечника с расширением кишки более 4 см показана назоинтестинальная интубация. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии не полностью санированного источника инфекции в брюшной полости, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной те-

рапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

18. ПЕРФОРАЦИЯ ОПУХОЛИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Перфорация опухоли ободочной и прямой кишки – угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения целостности пораженной опухолью стенки кишки, которое сопровождается истечением его содержимого в свободную брюшную полость или забрюшинное пространство.

Коды по МКБ-10: K63.1; C18.0, C18.1, C18.2, C18.3, C18.4, C18.5, C18.6, C18.7, C18.8, C18.9, C19, C20.

Классификация

По клиническим формам (типам перфорации): перфорация в свободную брюшную полость, прикрытая перфорация, атипичная перфорация (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку).

По наличию осложнений перфорации: перитонит, абсцессы брюшной полости, сепсис.

Догоспитальный этап

В зависимости от тяжести заболевания, степени риска возникновения осложнений, коморбидного фона, а также в целях предоставления дифференцированного объема диагностической и лечебной помощи, показана госпитализация в хирургический стационар с учетом структуры, коечной мощности, оснащения и обеспеченности квалифицированными кадрами медицинского учреждения в соответствии с уровнем системы оказания экстренной медицинской помощи и каналами маршрутизации пациентов, сформированными в субъекте Российской Федерации.

Госпитальный этап

Всем пациентам при поступлении в хирургический стационар проводится медицинская сортировка в зависимости от степени тяжести заболевания и коморбидного фона. Исходя из необходимости в первоочередных лечебных мероприятиях пациенты распре-

деляются на три категории. По результатам сортировки пациенты маршрутизируются в палату интенсивной терапии, в операционную, в диагностическое или хирургическое отделение.

Диагностика

Обязательные исследования: общий (клинический) анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови, Rh-фактор; ЭКГ, УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография брюшной полости/КТ брюшной полости.

Рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости для обнаружения свободного газа. При низкой информативности рентгенологического метода рекомендуется проведение компьютерной томографии (КТ) брюшной полости.

Дополнительные исследования: диагностическая лапароскопия, онкомаркеры (СА 19–9, РЭА), КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием.

Лечебная тактика

Пациентам в тяжелом состоянии с признаками разлитого перитонита и выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и сопутствующими заболеваниями рекомендовано проведение предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии/реанимационного отделения или операционной с целью коррекции основных витальных функций и улучшения периоперационного прогноза. Время подготовки определяется консилиумом в составе врача-хирурга, врача-анестезиолога-реаниматолога с привлечением специалистов другого профиля при необходимости.

Анестезиологическое пособие определяется исходя из тяжести состояния пациента, объема хирургического вмешательства, наличия сопутствующей патологии. Методом выбора анестезиологического пособия является общая анестезия.

Антибиотикопрофилактика начинается в предоперационном периоде с эмпирического назначения антибактериальных препаратов в соответствии с предполагаемым патогеном по результатам

микробиологического мониторинга стационара. Коррекция последующей антибиотикотерапии в случае необходимости проводится на основании микробиологического исследования с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Пациентам с клинико-инструментальными признаками перфорации опухоли толстой кишки рекомендовано хирургическое вмешательство с целью ликвидации/отграничения поврежденного участка кишки. Основная цель хирургического лечения – ликвидация причины перитонита, санация и дренирование брюшной полости. Объем хирургического вмешательства должен быть минимально достаточным.

При перфорации резектабельной опухоли и стабильном состоянии пациента целесообразно выполнить резекцию ободочной кишки. При локализации опухоли в правых отделах предпочтительнее выполнять правостороннюю гемиколэктомию с решением вопроса о выведении илеостомы или формировании первичного анастомоза на интраоперационном консилиуме. При локализации опухоли в поперечно-ободочной, нисходящей, сигмовидной кишке и ректосигмоидном отделе – обструктивную резекцию ободочной кишки с выведением одностольной колостомы. При нерезектабельных опухолях необходимо формирование петлевой кишечной стомы как можно ближе к опухоли.

При внебрюшинной перфорации опухоли прямой кишки с образованием паратуморозного абсцесса целесообразно проводить вскрытие и дренирование промежностным доступом с формированием петлевой колостомы. При забрюшинной перфорации опухоли ободочной кишки с развитием абсцесса без явлений перитонита показано чрескожное дренирование полости абсцесса под УЗ-наведением или внебрюшинное вскрытие с формированием петлевой стомы проксимальнее места перфорации.

Дальнейшая тактика совпадает с описанной в главе «Перитонит». Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом лечении основного заболевания, купировании септического шока и полиорганной недостаточности, лечении

сепсиса. Необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита, и динамику местного и системного воспалительного процесса.

Вид хирургического доступа пациентам с клинической картиной перитонита рекомендуется определять в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния больного и распространенности перитонита. Возможно использование как лапаротомного, так и лапароскопического доступа, в том числе для уточнения диагноза и определения оптимального доступа при конверсии. Диагностическая лапароскопия при клинической картине перитонита и отсутствии септического шока и компартмент-синдрома целесообразна, т.к. позволяет в большинстве случаев верифицировать причину перитонита, оценить истинную распространенность перитонита и избежать напрасной лапаротомии. В случае обоснованных сомнений в эффективности лапароскопического вмешательства или технической невозможности проведения операции предпочтение отдается лапаротомии.

В случае тяжелого нестабильного состояния пациента целесообразно применение тактики этапного хирургического лечения (Damage Control). В таких случаях объем первичной операции должен быть минимальным и направлен на устранение источника перитонита (резекция участка кишки без формирования анастомоза или кишечной стомы, контроль контаминации брюшной полости, возможно в исключительных случаях ушивание перфорации без резекции). В дальнейшем, в условиях отделения реанимации, проводится интенсивная терапия, направленная на стабилизацию состояния пациента. Повторное хирургическое вмешательство с адекватным объемом выполняется через 24 часа. Изменение сроков релапаротомии определяется на консилиуме.

Решение о повторных (программных, этапных) санациях брюшной полости принимается на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от тяжести и распространенности перитонита. Для объективизации критериев к релапаротомии либо к завершению санаций возможно использовать интегральные шкалы оценки состояния,

Мангеймский индекс перитонита (QR-код 1), прогностический индекс релапаротомии (QR-код 2), критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните (QR-код 3).



Мангеймский индекс



ПИР



Критерии оценки поражений

В случае пареза кишечника с расширением кишки более 4 см показана назоинтестинальная интубация. Интубация всей тонкой кишки нецелесообразна. Интестинальный зонд должен быть удален не позднее чем через 4–5 суток.

При наличии не полностью санированного источника инфекции в брюшной полости, высокого риска развития синдрома интраабдоминальной гипертензии, флегмоне передней брюшной стенки, абдоминальном сепсисе вакуум-ассистированная лапаростомия может обладать преимуществами перед традиционным ведением перитонита с использованием программных релапаротомий.

Лечение пациентов по показаниям продолжается в отделении реанимации и интенсивной терапии до стабилизации их состояния с последующим переводом в профильное хирургическое отделение. Комплекс консервативного лечения: инфузионная терапия, особенно на начальном этапе лечения, должна быть индивидуализирована, антибактериальная терапия, вазопрессорная поддержка при необходимости, респираторная поддержка, экстракорпоральные методы детоксикации, антикоагулянтная терапия, антисекреторная терапия, нутритивная поддержка, контроль внутрибрюшного давления. При длительном нахождении в отделении реанимации или интенсивной терапии целесообразна консультация нутрициолога и специалиста по медицинской психологии.

При подтверждении впервые выявленного злокачественного новообразования в обязательном порядке заполняется форма 090/у (извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО).

При необходимости осуществляется консультация с профильным онкологическим стационаром с использованием телемедицинских технологий. При выписке пациент направляется в учреждение амбулаторной онкологической помощи согласно действующим нормативным приказам Министерства здравоохранения РФ и региональных территориальных программ.

Производственно-практическое издание

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Клинический протокол РОХ

Под редакцией Президента Российского общества хирургов,
академика РАН А.В. Шабунина

Подготовлено НО «Издательский центр «Московведение»
125252, Москва, ул. Зорге, 15, тел. 8 (499) 195-27-73

Генеральный директор *М.В. Гусак*
Ответственный редактор *А.И. Петрова*
Компьютерная верстка, вывод *М.А. Ковтун*
Обложка, цветокоррекция *В.Г. Удовенко*
Технический редактор *А.И. Немальцина*

Подписано в печать 16.06.2025 г. Формат 60х90/16. Бум. офсетная.
Гарнитуры Liberation. Печ. л. 7,5. Тираж 3000 экз. Зак. № .

Отпечатано с предоставленных файлов в АО «Московские учебники».
Председатель совета директоров С.М. Линович.
125252, Москва, ул. Зорге, 15.

