

УДК 617.55-07-089
ББК 54.5
3 13

Рецензенты: Проф. 1-й каф. хирургических болезней БГМУ, д-р мед. наук,
проф. С.И. Леонович; зав. каф. хирургии и топографической анатомии
БелМАПО, д-р мед. наук, проф. А.В. Воробей.

Завада Н.В.

3 13 Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения). - Мн.: БелМАПО, 2005.-117 с.

ISBN 985-499-012-5

В книге впервые в Республике Беларусь представлены стандарты диагностики и лечения 7 острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (острый аппендицит, непроходимость кишечника, прободная язва, острые гастродуоденальные кровотечения, ущемленная грыжа, острый холецистит и острый панкреатит). Для каждого из данных заболеваний разработаны обязательные и дополнительные методы диагностики. Лечебная программа при всех острых хирургических заболеваниях включает в себя общие положения, методы предоперационной подготовки, оперативного и консервативного лечения, мероприятия по ведению больных в послеоперационном периоде. Особое внимание уделено выбору оптимальной хирургической тактики.

Книга предназначена для хирургов стационаров, клинических ординаторов, аспирантов, врачей-стажеров и студентов медицинских ВУЗов.

УДК 617.55-07-089
ББК 54.5

ISBN 985-499-012-5

© Н.В. Завада 2005
© Оформление. БелМАПО, 2005

Содержание

Введение.....	4
Перечень условных обозначений	7
Глава 1.. Острый аппендицит	8
Глава 2. Непроходимость кишечника....	19
Глава 3. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.....	31
Глава 4. Острые гастродуоденальные кровотечения	42
Глава 5. Ущемленная грыжа	70
Глава 6. Острый холецистит	77
Глава 7. Острый панкреатит	89
Заключение	113
Литература	115

Глава 1. Острый аппендицит

1. Стандарты диагностики острого аппендицита:

1.1. Обязательные методы диагностики острого аппендицита при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, аускультация и перкуссия живота; пульс; определение АД.

1.1.2. В сомнительных случаях: ректальное или вагинальное обследование.

1.1.3. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.1.4. Общий анализ мочи.

1.1.5. В сомнительных случаях:

1.1.5.1. Лапароскопия;

1.1.5.2. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства;

1.1.5.3. Рентгенография или рентгеноскопия брюшной и грудной полостей.

1.2. Обязательные методы диагностики острого аппендицита через каждые 2-3 часа от поступления (при динамическом наблюдении за больным для уточнения диагноза), **но не более 6 часов от госпитализации:**

1.2.1. Повторное клиническое обследование.

1.2.2. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.3. Обязательные методы диагностики при выписке больного из хирургического стационара и по показаниям:

1.3.1. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ.

1.3.2. Общий анализ мочи.

1.4. Дополнительные методы диагностики острого аппендицита (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.4.1. ЭКГ.

1.4.2. Определение группы крови и Rh-фактора.

1.4.3. Эзофагогастродуоденоскопия.

1.4.4. Биохимическое исследование крови: мочевины, билирубина, АсАТ, АлАТ, общий белок, альфа-амилаза, электролиты: (К, Са, Na, Cl) и другие.

1.4.5. Определение глюкозы крови.

1.4.6. Исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.*[При наличии выпота в брюшной

полости данное исследование носит обязательный характер (примечание автора)].

1.4.7. Консультации смежных специалистов (гинеколога, терапевта, уролога и других).

2. Стандарты лечения острого аппендицита:

2.1. Общие положения:

2.1.1. Больным острым аппендицитом показано экстренное оперативное лечение;

2.1.2. Аппендикулярный инфильтрат при отсутствии признаков перитонита и абсцедирования лечится консервативно (антибиотикотерапия, инфузионная и физиотерапия по показаниям и другие);

2.1.3. Операция при аппендикулярном инфильтрате выполняется при абсцедировании (желательно внебрюшинно), при перитоните или после рассасывания инфильтрата;

2.1.4. Оперативное лечение при установленном диагнозе «острый аппендицит» выполняется в первые 2 часа от поступления больного в стационар.

По решению консилиума врачей оперативное вмешательство может быть задержано для проведения предоперационной подготовки больного или по другим причинам;

2.1.5. При неясном диагнозе выполняется диагностическая лапароскопия или проводится динамическое наблюдение за больным, длительность которого не должна превышать 6 часов от поступления больного в стационар.

2.2. Предоперационная подготовка:

2.2.1. При отсутствии перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний и при местном перитоните специальной предоперационной подготовки, как правило, не требуется;

2.2.2. При распространенном перитоните предоперационная подготовка проводится в зависимости от давности заболевания и стадии перитонита;

2.2.3. При наличии тяжелых сопутствующих заболеваний проводится предоперационная подготовка, направленная так же и на компенсацию функций жизненно важных органов и систем;

2.2.4. За 1-2 часа до операции вводятся один из антибиотиков (цефотаксим 2 г в/в., цефоперазон 2 г в/м или в/в, цефтриаксон - 2 г в/в, цефепим 2 г в/в);*

*[А. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.) цефтриаксон*** - «обязателен для наличия в специализированных орга-

низациях здравоохранения областного подчинения».

Б. Возможны и другие схемы профилактического введения антибиотиков (примечания автора)].

2.2.5. Профилактика тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА) по показаниям одним из методов:

2.2.5.1. Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- надропарин кальций - инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

- дальтепарин натрий - под кожу живота 2,5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

2.2.5.2. Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

2.3. Обезболивание – общее.

Как исключение по решению консилиума – местная инфильтрационная анестезия.

2.4. Оперативное лечение:

2.4.1. Аппендэктомия может выполняться как традиционным открытым (инвагинацион-

ным), так и лапароскопическим (лигатурным или другим) способом;

2.4.2. При наличии распространенного перитонита показана **срединная лапаротомия**, аппендэктомия, удаление экссудата, туалет и дренирование брюшной полости.

Интубация и декомпрессия кишечника по показаниям;

2.4.3. Показания к постановке тампонов в брюшную полость:

2.4.3.1. плотный аппендикулярный инфильтрат,

2.4.3.2. гнойная полость абсцесса,

2.4.3.3. оставленные в брюшной полости некротизированные ткани, которые удалить не представляется возможным,

2.4.3.4. ненадежный гемостаз.

2.5. Лечение в послеоперационном периоде:

2.5.1. Анальгетики:

2.5.1.1. Наркотические по показаниям:

- тримеперидин [Trimeperedini Hydrochloridum – промедол (примечание автора)] п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% раствора через 4-6 часов;

- морфин п/к 1 мл 1% раствора через 4-8 часов;

2.5.1.2. Ненаркотические:

- метамизол [Metamizol – анальгин (примечание автора)] в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов;

- трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие;*

*[А. В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.) в «Терапевтическую подгруппу Анатомо - терапевтическо – химической классификационной системы лекарственных средств» вошли фармакологические подгруппы «N02A. Опиоиды» и «N02B. Прочие анальгетики-антипиретики».

К Опиоидам (N02A) отнесены средства со следующими Международными непатентованными наименованиями: Морфин*, Тримеперидин*, Фентанил*, Бупренорфин, Буторфанол *, Трамадол (“*” - обязательны для наличия во всех государственных организациях здравоохранения соответствующего профиля для стационарного оказания медицинской помощи). К прочим анальгетикам-антипиретикам (N02B) отнесены: Ацетилсалициловая кислота, Метамизол и Парацетамол.

Б. По показаниям могут быть использованы и другие анальгетики (примечания автора)]

2.5.2. Антибактериальная терапия:

2.5.2.1. **При отсутствии перитонита** и при местном перитоните цефалоспорины III-IV поколения:

- цефотаксим 1-2 г в/в или в/м через 4 - 12 часов.,

- цефоперазон 1,0 - 4.0 г в сутки через 12 часов в/м или в/в,

- цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз в сутки или по 0,5 – 1,0 г через 12 часов,

- цефепим 0,5 - 2 г в/в или в/м через 12 часов;*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.) в фармакологическую подгруппу «J01D Прочие бета-лактамы антибиотиков» вошли цефалоспорины и их аналоги со следующими Международными непатентованными наименованиями: Цефазолин, Цефалексин, Цефепим, Цефоперазон, Цефотаксим, Цефтриаксон ***, Цефтазидим *** (“***” - обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения областного подчинения) (примечание автора)]

2.5.2.2. **При распространенном перитоните:**

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

- полусинтетические **пенициллины** (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с **аминогликозидами** (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.):

- в фармакологическую подгруппу «J01C Бета-лактамы антибиотки – пенициллины» вошли антибиотики со следующими Международными непатентованными наименованиями: Амоксициллин, Ампициллин, Бензатин бензилпенициллин, Бензилпенициллин, Оксациллин, Амоксициллин / Клавулановая кислота****, Ампициллин/ сульбактам *** (“****” - обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения областного подчинения; “****” - обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения республиканского подчинения);

- в фармакологическую подгруппу «J01G Аминогликозидные антибиотики» вошли антибиотики со следующими Международными непатентованными наименованиями: Стрептомицин, Амикацин**, Гентамицин, Канамицин (“**” - обязательны для наличия в специализированных организациях здравоохранения, центральных районных аптечных организациях и аптечных организациях, имеющих прикрепленные на лекарственное обеспечение специализированные организации здравоохранения) (примечание автора)]

- **цефалоспорины III-IV поколения** (цефотаксим 1-2 г в/в или в/м через 4 - 12 часов, цефоперазон 1,0 – 4,0 г/сут. через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5 – 1,0 г через 12 часов, цефепим 0,5 - 2 г в/в или в/м через 12 часов);

- **фторхинолоны:** офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.)- в фармакологическую подгруппу «J01M Антибактериальные средства, производные хинолона» вошли антибиотики со следующими Международными непатентованными наименованиями: Ломефлоксацин, Лсвофлоксацин****, Офлоксацин, Ципрофлоксацин (примечание автора)]

- **карбапенемы:** имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропенем 0,5 г в/в через 8 часов;

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры;

2.5.3. Инфузионная терапия по показаниям;

2.5.4. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение по показаниям.

3. Средняя длительность пребывания больных острым аппендицитом в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении послеоперационного периода составляет 6 – 7 дней.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. летальный исход.

Глава 2. Острая кишечная непроходимость

1. Стандарты диагностики острой кишечной непроходимости:

1.1. Обязательные методы диагностики острой кишечной непроходимости при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота; пульс; АД);

1.1.2. Ректальное обследование;

1.1.3. Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ)

1.1.4. Общий анализ мочи;

1.1.5. Определение глюкозы крови;

1.1.6. ЭКГ;

1.1.7. Обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении больного или в латеропозиции;

1.1.8. Биохимическое исследование крови (мочевина, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок, амилаза, электролиты (К, Са, Na, Cl, и другие);

1.1.9. Определение группы крови и резус-фактора;

1.1.10. Пассаж бария по кишечнику до прямой кишки (кроме странгуляционной и толстокишечной непроходимости);

1.1.11. **Колоно- или ирригоскопия** при подозрении на толстокишечную непроходимость.

1.2. Обязательные методы диагностики острой кишечной непроходимости при выписке больного из хирургического стационара и по показаниям:

1.2.1. Общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ;

1.2.2. Общий анализ мочи.

1.3. Дополнительные методы диагностики острой кишечной непроходимости (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.3.1. Лапароскопия;

1.3.2. УЗИ брюшной полости;

1.3.3. Исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

1.3.4. Контрастная энтерография;

1.3.5. Консультации смежных специалистов (терапевта, гинеколога, уролога, эндокринолога и других).

2. Стандарты лечения острой кишечной непроходимости:

2.1. Общие положения:

2.1.1. При клинической картине **странгуляционной** непроходимости выполняется **экстренное оперативное вмешательство**. При необходимости проводится предоперационная подготовка, длительность которой не должна превышать 2 часов. Если требуется больше времени на подготовку больных, консилиум врачей должен обосновать задержку операции;

2.1.2. **Динамическая** кишечная непроходимость лечится консервативно. При отсутствии эффекта может быть выполнена операция, включающая в себя и декомпрессию кишечника;

2.1.3. **Механическая** кишечная непроходимость требует дифференциального подхода:

2.1.3.1. **Экстренные операции** выполняются **в первые 2-3 часа поступления в стационар при:**

- наличии клиники перитонита,
- выраженном болевом синдроме при яркой клинической картине и инструментально доказанной острой кишечной непроходимости;

2.1.3.2. **Срочные операции** выполняются **при нарастании** клинических признаков острой кишечной непроходимости, **отсутствии эффек-**

та от комплекса консервативных мероприятий, а также при **отсутствии динамики продвижения бария** по кишечнику. Длительность динамического наблюдения в таких случаях **не должна превышать 8 часов от поступления в стационар**. Если требуется больше времени на уточнение диагноза, задержка с операцией должна быть обоснована консилиумом врачей;

2.1.3.3. **Плановые оперативные вмешательства** после получения эффекта от консервативной терапии выполняются **в специализированном стационаре** не позже чем через 1 неделю после морфологически подтвержденного диагноза рака толстой кишки;

2.1.4. При **не устраненной механической кишечной непроходимости** назначение препаратов, стимулирующих работу кишечника **противопоказано**.

2.2. **Консервативная терапия показана** при динамической и механической кишечной непроходимости **при отсутствии показаний к экстренной операции** и включает:

2.2.1. Восполнение дефицита жидкости, коррекцию реологических свойств крови и энергодефицита:

-базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие), 5% или 10% р-ры декстрозы;

-сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);

-по показаниям: плазмозаменители (неорондекс, декстран и другие), коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала, р-ры аминокислот и жировые эмульсии, препараты крови;*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.):

- в фармакологическую подгруппу «B05A Препараты крови и родственные им продукты» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Альбумин, Гидроксипропилированный крахмал, Декстран/ натрия хлорид, Неорондекс, Поливинилпирролидон;

- в фармакологическую подгруппу «B05B Растворы для внутривенного введения» вошли растворы со следующими Международными непатентованными наименованиями: Набор аминокислот, Жировая эмульсия*, Электролит, Сормантол. (примечание автора)]

2.2.2. Эвакуация содержимого желудка через зонд;

2.2.3. Прокаиновые блокады (при отсутствии противопоказаний);*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.)- в фармакологическую

подгруппу «N01B Средства для местной анестезии» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Прокаин*, Артикаин (в комбинации), Бупивакаин, Лидокаин * (примечание автора)]

2.2.4. Введение спазмолитических лекарственных средств - папаверина гидрохлорида 2 мл 2% р-ра в/м, дротаверина по 40-80 мг 1-3 раза в сутки в/м, в/в, п/к). Эффективно в сочетании с метамизолом (2 мл 50% р-ра в/м);*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.)- в фармакологическую подгруппу «A03A. Средства, применяемые при нарушениях функции кишечника» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Дротаверин, Папаверин, Платифиллин (примечание автора)]

2.2.5. Сифонная клизма (при отсутствии перитонита).

2.3. Оперативное лечение острой кишечной непроходимости:

2.3.1. **Предоперационная подготовка проводится всем больным острой кишечной непроходимостью.** Она зависит от типа и уровня непроходимости, выраженности водно-электролитных расстройств, характера и тяже-

сти сопутствующих заболеваний. Объем, характер и длительность предоперационной подготовки решается **индивидуально для каждого больного совместно хирургом и анестезиологом.**

2.3.2. По показаниям следует провести одним из методов **профилактику тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА):**

2.3.2.1. Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- надропарин - инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

- дальтепарин натрия п/к 2,5 тыс МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс МЕ каждый день утром;

2.3.2.2. Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

2.3.3. В предоперационном периоде целесообразна **премедикационная антибиотикопрофилактика:** за 1-2 часа до операции вводится один из антибиотиков (цефотаксим 2 г в/в., цефоперазон 2 г в/м или в/в, цефтриаксон - 2 г в/в, цефепим 2 г в/в);

2.3.4. Обезболивание – общее;

2.3.5. Предпочтение отдается срединной лапаротомии;

2.3.6. Объем операции зависит от причины острой кишечной непроходимости и морфологических изменений в кишке;

2.3.7. Декомпрессия кишки при наличии показаний **выполняется одним из способов**: назоинтестинальная интубация, интубация тонкой кишки через гастростому, еюностому или цекостому, трансанальная интубация толстой кишки. **Назоинтестинальная интубация предпочтительна**;

2.3.8. При некрозе тонкой кишки или при сомнении в ее жизнеспособности производят ее резекцию **в пределах жизнеспособных тканей**, отступя от зоны некроза в приводящем отделе не менее чем на 30-40 см, в отводящем не менее чем на 15-20 см.

Завершают операцию формированием анастомоза по типу «бок в бок» или «конец в конец».

При формировании межкишечного анастомоза целесообразно использовать стальные **сшивающие аппараты 2-го поколения** с однокассетными кассетами.

Если уровень анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина

которого менее 20 см, следует наложить тонко-толстокишечный анастомоз;

2.3.9. При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена проксимальная коло- или энтеростома. Восстановление непрерывности кишки **при отсутствии противопоказаний** выполняется не позже 2-3 месяцев после данной операции;

2.3.10. При опухолевой толстокишечной непроходимости выбор метода операции зависит от стадии заболевания, локализации опухоли и тяжести состояния больного;

2.3.11. Операции при острой кишечной непроходимости **могут быть выполнены с использованием эндовидеохирургических технологий**;

2.3.12. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электорокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), **ультразвуковой скальпель** или генератор для электролигирования сосудов.

2.4. В послеоперационном периоде проводится:

2.4.1. Коррекция метаболических нарушений:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие), 5% или 10% р-ры декстрозы;
- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);
- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие);
- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала;
- р-ры аминокислот для в/в введения;
- жировые эмульсии;
- препараты крови и другие растворы;
- белковые лекарственные средства (альбумин, свежзамороженная плазма и другие растворы).

2.4.2. Анальгетики:

- наркотические (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% р-ры через 4–6 часов; морфин п/к 1 мл 1% р-р через 4-8 часов);
- ненаркотические (метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие);

2.4.3. Антибактериальная терапия:

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

- полусинтетические пенициллины (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в соче-

тании с **аминогликозидами** (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **цефалоспорины III-IV поколений** (цефотаксим 1-2 г в/в через 12 часов., цефоперазон 0,5- 2 г/сут. через 8-12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в 1 р/сут., или 0,5 - 1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г в/в через 12 часов) **с метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **фторхинолоны** (офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) **с метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **карбапенемы**: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов;

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры;

2.4.4. Нормализация функции желудочно-кишечного тракта:

- 0,05% р-р неостигмина п/к 1-2-мг 1-2 раза в сутки;

- перидуральная анестезия и другие методы;

2.4.5. **Зондовое питание**: в первые 24-48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание*, увеличивая скорость введения каждые после-

дующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл препарата в течение 18-20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы).

*[целесообразно для введения в зонд по описанной методике использовать лечебное питание «Энтерал», разработанное кафедрой нетложной хирургии БелМАПО, ИФОХ НАН и выпускаемое УП «Диалек» г. Минск (примечание автора)]

2.4.6. Дезинтоксикационная и симптоматическая терапия по показаниям.

3. Средняя длительность пребывания больных острой кишечной непроходимостью в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении послеоперационного периода составляет 14-18 дней.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. инвалидность,

4.2.3. летальный исход.

Глава 3. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки

1. Стандарты диагностики прободной язвы желудка и 12-перстной кишки:

1.1. Обязательные методы диагностики прободной язвы желудка и 12-перстной кишки при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота; пульс; определение АД;

1.1.2. Ректальное обследование;

1.1.3. Общий ан. крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ;

1.1.4. Общий ан. мочи;

1.1.5. Определение группы крови и Rh-фактора;

1.1.6. Биохимическое исследование крови: мочевины, билирубина, АсАТ, АлАТ, общий белок, амилаза, электролиты: (К, Са, Na, Cl и другие);

1.1.7. Обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении больного или в латеропозиции;

1.1.8. В сомнительных случаях:

- ввести в зонд не менее 500 мл воздуха в желудок и повторить обзорную рентгенографию брюшной полости;

- лапароскопия или лапароцентез с проведением йодной пробы на крахмал;

- эзофагогастродуоденоскопия и повторная обзорная рентгенография брюшной полости;

- при невозможности выполнить лапароскопию в трудных для диагностики случаях допустима диагностическая лапаротомия.

1.2. Обязательные методы диагностики прободной язвы желудка и 12-перстной кишки через сутки после операции, перед выпиской из стационара и по показаниям:

1.2.1. Общий ан. крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ:

1.2.2. Общий ан. мочи.

1.3. Дополнительные методы диагностики прободной язвы желудка и 12-перстной кишки (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.3.1. ЭКГ;

1.3.2. Определение глюкозы крови;

1.3.3. Исследование выпота брюшной полости на микрофлору и чувствительность к антибиотикам;

1.3.4. Консультации смежных специалистов (терапевта, гинеколога, эндокринолога и других).

2. Стандарты лечения прободной язвы желудка и 12-перстной кишки:

2.1. Общие положения:

2.1.1. Наличие **перфоративной** гастродуоденальной язвы, в том числе прикрытой, является **абсолютным показанием к операции.**

2.1.2. Единственным противопоказанием к оперативному лечению прободной гастродуоденальной язвы является агональное состояние больного.

2.2. Предоперационная подготовка:

2.2.1. Перед операцией вводится зонд в желудок и эвакуируется содержимое без промывания желудка;

2.2.3. При тяжелом состоянии больного совместно с анестезиологом проводится интенсивная терапия не более 2 часов от поступления в стационар. По решению консилиума врачей длительность предоперационной подготовки может быть увеличена;

2.2.4. В предоперационном периоде целесообразна **премедикационная антибиотикопрофилактика:** за 1-2 часа до операции вводят-

ся один из антибиотиков (цефотаксим 2 г в/в или в/м, цефоперазон 2 г в/м или в/в, цефтриаксон - 2 г в/в или в/м, цефепим 2 г в/в или в/м);

2.2.5. По показаниям следует провести одним из методов **профилактику тромбэмболии легочной артерии (ТЭЛА):**

2.2.5.1 Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- надропарин - инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

- дальтепарин натрий п/к 2,5 тыс МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс МЕ каждый день утром;

2.2.5.2. Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

2.3. Операция выполняется под общим обезболиванием.

2.4. Доступ – срединная лапаротомия.

2.5. Применяют три основных вида оперативных вмешательств:

- ушивание или иссечение перфоративной язвы;**

- резекция желудка;**

- ваготомии с дренирующими желудок операциями и без них.**

2.6. При ушивании язвы желудка обязательно выполнение биопсии из краев язвы.

2.7. Обязательный элемент операции – тщательная санация и дренирование брюшной полости.

2.8. При выполнении радикальных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

- электорокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов;

- сшивающие аппараты для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

2.9. По показаниям выполняется назоинтестинальная интубация кишечника и проведение зонда для раннего энтерального питания.

2.10. Послеоперационное ведение больных:

2.10.1. Антибактериальная терапия:

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

- полусинтетические **пенициллины** (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с **аминогликозидами** (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **цефалоспорины III-IV поколений** (цефотаксим 1-2 г в/в или в/м через 4-12 часов., цефоперазон 1-4 г/сут в/м или в/в через 12 часов, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 р/сут или 0,5-1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г в/в или в/м через 12 часов) с **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **фторхинолоны** (офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) с **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **карбапенемы**: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры;

2.10.2. Анальгетики:

- наркотические (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% р-ра через 4-6 часов; морфин п/к 1 мл 1% р-р через 4-8 часов);

- ненаркотические (метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие).

2.10.3. Коррекция метаболических нарушений:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие), 5% или 10% р-ры декстрозы;

- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);

- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие);

- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала;

- р-ры аминокислот для в/в введения;

- жировые эмульсии;

- препараты крови (альбумин, свежзамороженная плазма и другие).

2.10.4. **Нормализация функции желудочно-кишечного тракта:**

- 0,05% р-р неостигмина п/к 1-2-мг 1-2 раза в сутки;

- перидуральная анестезия и другие методы.

2.10.5. **Зондовое питание:** первые 24-48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание*, увеличивая скорость введения каждые после-

дующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18-20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы).

*[целесообразно для введения в зонд по описанной методике использовать лечебное питание «Энтерал», разработанное кафедрой нетральной хирургии БелМАПО, ИФОХ НАН и выпускаемое УП «Диалек» г. Минск (примечание автора)]

2.10.6. **Симптоматическое лечение** по показаниям.

2.11. При паллиативных операциях обязательно назначение вначале парентерально, а затем внутрь **курсов противоязвенной терапии, включающей в себя эрадикацию хеликобактер пилори.** Оптимальная схема:

2.11.1. При отсутствии возможности для приема лекарственных средств внутрь – **фамотидин** в/в (струйно или капельно) по 20 мг через 12 часов;

2.11.2. При возможности приема лекарственных средств внутрь до отмены парентеральной антибиотикотерапии – **омепразол** 20 мг 2 раза в день, прием антацидов (препаратов, со-

держащих гидроокись алюминия и магния) и других;

2.11.3. При возможности приема лекарственных средств внутрь после отмены парентеральной антибиотикотерапии:

1 этап – 1-7 день - утвержденная однедельная схема тройной терапии:

- 1). Омепразол 20 мг 2 раза в день
- 2). Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день;
- 3). Кларитромицин 500 мг 2 раза в день.

Прием так же антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других.

2 этап – с 8 дня и до выписки из стационара:

- 1) Омепразол 20 мг утром
- 2) Прием антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других

3 этап – продолжить амбулаторное противоязвенное лечение после выписки из стационара в течение 7-8 недель. По показаниям лечение в стационаре не хирургического профиля.*

*[В соответствии с перечнем основных лекарственных средств (Постановление МЗ РБ №21 от 19.07.2005 г.):

- в фармакологическую подгруппу «A02A. Антацидные средства» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Соединения, содержащие гидроокись алюминия и магния;

- в фармакологическую подгруппу «A02B. Противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ)» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Ранитидин, **Фамотидин**, **Омепразол**;

- в фармакологическую подгруппу «J01F. Макролиды, линкозамиды и стрептограммины» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: Азитромицин, Эритромицин, **Кларитромицин**, Линкомицин, Клиндамицин***;

- в фармакологическую подгруппу «J01C. Бета-лактамы антибиотики – пенициллины» вошли препараты со следующими Международными непатентованными наименованиями: **Амоксициллин**, Ампициллин, Бензатин бензилпенициллин, Бензилпенициллин, Оксациллин, Амоксициллин / Клавулановая кислота**** Ампициллин/ сульбактам ***; (примечание автора)]

2.11.4. Возможны другие схемы консервативного лечения гастродуоденальных язв.

2.11.5. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом стационаре **ДОЛЖНО** быть продолжено амбулаторно под наблюдением гастроэнтеролога.

3. Средняя длительность пребывания больных прободной язвой желудка и 12-перстной кишки в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении послеоперационного периода составляет 12-14 дней.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. инвалидность,

4.2.3. летальный исход.

Глава 4. Острые гастродуоденальные кровотечения

1. Стандарты диагностики острых гастродуоденальных кровотечений:

1.1. Обязательные методы диагностики острых гастродуоденальных кровотечений при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота, пульс, определение АД;

1.1.2. Ректальное обследование;

1.1.3. **Общий анализ крови** (гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ, тромбоциты;

1.1.4. Определение группы крови и Rh-фактора;

1.1.5. Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, общий белок, АсАТ, АлАТ, электролиты (К, Са, Na, Cl), альфа-амилаза;

1.1.6. Определение глюкозы крови;

1.1.7. Время свертывания крови по Ли-Уайту;

1.1.8. **Определение объема кровопотери** (по формуле Мура);

1.1.9. Эзофагогастродуоденоскопия;

1.1.10. ЭКГ.

1.2. Обязательные методы диагностики острых гастродуоденальных кровотечений, кратность назначения которых зависит от характера патологии:

1.2.1. Динамические (повторные) эзофагогастродуоденоскопии для контроля за эффективностью эндоскопического гемостаза и лечения гастродуоденальных язв.

1.3. Обязательные методы диагностики острых гастродуоденальных кровотечений на вторые сутки от поступления, по показаниям и при выписке из стационара:

1.3.1. Общий ан. крови: гемоглобин, эритроциты, гематокрит, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ;

1.3.2. Биохимическое исследование крови билирубин, мочеви́на, общий белок, АсАТ, АлАТ, электролиты:(К, Са, Na, Cl), альфа-амилаза.

1.4. Дополнительные методы диагностики острых гастродуоденальных кровотечений (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.4.1. Определение контаминации хеликобактер пилори различных отделов желудка и двенадцатиперстной кишки;

1.4.2. Определение кислотности желудочного сока;

1.4.3. Определение протромбинового индекса (далее-ПТИ), активированного частично тромбопластинового времени (далее-АЧТВ), тромбинового времени (далее-ТВ), фибриногена

1.4.4. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек;

1.4.5. Обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости;

1.4.6. Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки;

1.4.7. Ирриго- и колоноскопия;

1.4.8. Энтерография;

1.4.9. Консультации смежных специалистов (терапевта, эндокринолога и др.).

2. Стандарты лечения острых гастродуоденальных кровотечений :

2.1. Общие положения:

2.1.1. **Основные задачи лечебно-диагностического процесса:**

- распознавание источника и остановка кровотечения,
- оценка степени тяжести кровотечения,
- восполнение кровопотери,
- лечение заболевания, осложнением которого стало кровотечение.

2.1.2. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого гастродуоденального кровотечения служит основанием для направления и госпитализации больного в **хирургический** стационар;

2.1.3. Хирургические стационары, оказывающие помощь больным с острыми гастродуоденальными кровотечениями, **должны иметь** эндоскопическую службу, круглосуточную службу переливания крови, реанимационно-анестезиологические отделения и оснащенные для выполнения операций на желудочно-кишечном тракте операционные;

2.1.4. Все перемещения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями внутри стационара осуществляются на каталке в положении лежа;

2.1.5. В приемном отделении больные с острыми гастродуоденальными кровотечениями осматриваются дежурным врачом в первоочередном порядке.

2.2. Оценка степени тяжести кровотечения:

2.2.1. Следует придерживаться **трехступенной оценки объема кровопотери: легкая, средняя и тяжелая.**

Наиболее простым и доступным является метод определения объема кровопотери по формуле Мура:

$$V = P \cdot q \cdot \left(\frac{Ht_1 - Ht_2}{Ht_1} \right),$$

где V – объем кровопотери в миллилитрах;

P – вес больного в килограммах;

q – эмпирическое число, отражающее количество крови в килограмме массы (70 мл для мужчин и 65 мл для женщин);

Ht₁ – гематокрит в норме (для мужчин 40-50, для женщин 35-45);

Ht₂ гематокрит больного через 12-24 часа от начала кровотечения.

2.2.2. Степень тяжести кровопотери может быть определена на основе клинико-лабораторных критериев:

1 степень – легкая: объем кровопотери – около 500 мл; дефицит ОЦК – менее 15%; пульс – до 100 уд/мин; систолическое АД – более 100 мм рт.ст.; гемоглобин – более 100 г/л, гематокрит более 40%; число эритроцитов – более 3,5 млн/мл.

2 степень – средней тяжести: объем кровопотери – до 1000 мл; дефицит ОЦК – 15-25%; пульс – 100-120 уд/мин; систолическое АД – 90-100 мм рт.ст.; гемоглобин – 80-100 г/л, ге-

матокрит – 30-40%, число эритроцитов 2-3,5 млн/мл.

3 степень – тяжелая: объем кровопотери – более 1500 мл; дефицит ОЦК – более 25%; пульс – более 120 уд/мин; систолическое АД – менее 90 мм рт.ст.; гемоглобин – менее 80 г/л, гематокрит – менее 30%, число эритроцитов менее 2,0 млн/мл.

2.2.3. В начальном периоде кровотечения при определении объема кровопотери следует учитывать, что показатели «красной» крови могут быть на более высоком уровне **вследствие выхода компонентов крови из тканевых депо.**

2.2.4. Коллаптоидное состояние на высоте кровотечения указывает на тяжелую степень кровопотери.

2.2.5. При определении степени тяжести кровотечения следует учитывать результаты комплексной оценки клинических и лабораторных показателей, характеризующих объем кровопотери, данные об ее интенсивности и продолжительности, а также особенности индивидуальной реакции организма больного на потерю крови.

2.2.6. Следует учитывать, что в результате компенсаторного спазма артериальной системы и повышения периферического сопротив-

ления в начале массивного кровотечения **систолическое артериальное давление может быть в норме или повышаться.**

2.2.7. Для определения стадий геморрагического шока может быть использовано определение индекса Альтговера (частное от деления частоты пульса на систолическое давление). В норме он **не превышает 0,5 (60/120).**

При 1 стадии (шок угрожаемый) индекс Альтговера 0,5-1,5,

при 2-3 стадии (шок манифестированный) – 1,6 и более.

При значении индекса равным «1» кровопотеря, как правило, составляет около 20-35%, более 1 – 30-50%.

2.2.8. Оценка степени тяжести кровопотери может быть проведена и другими методами.

2.3. Распознавание источника и остановка кровотечения:

2.3.1. **Эндоскопия** пищевода, желудка и 12-перстной кишки **занимает ведущее место** в диагностике и прогнозировании результатов лечения острых гастродуоденальных кровотечений;

2.3.2. Эндоскопическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых гастродуоденальных кровотечениях

следует считать первоочередным мероприятием.

Оно должно выполняться квалифицированным специалистом **с круглосуточной** организацией работы эндоскопической службы лечебно-профилактического учреждения;

2.3.3. Организация работы врача-эндоскописта:

2.3.3.1. **При кровопотере легкой степени** и при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии эндоскопия выполняется в условиях эндоскопического кабинета (отделения);

2.3.3.2. **При кровопотере тяжелой и средней степени тяжести** диагностическая и лечебная эндоскопия выполняется **в условиях операционной с непосредственным участием в оказании помощи больному врача-анестезиолога или врача-реаниматолога.**

2.3.3.3. **Противопоказанием для эндоскопии является** агональное состояние больного, а также острое нарушение мозгового кровообращения и острый период инфаркта миокарда.

Вместе с тем, по решению консилиума врачей **по жизненным показаниям с целью остановки кровотечения эндоскопическим способом**, лечебная эндоскопия с обязательным участием врача-анестезиолога может быть вы-

полнена в операционной больным с инфарктом миокарда, инсультом и другой тяжелой сопутствующей патологией.

2.3.3.4. О результатах диагностической и лечебной эндоскопии врач-эндоскопист **должен незамедлительно** ставить в известность (подтверждается записью в медицинской документации) **персонально** дежурного хирурга в ночное время, заведующего хирургическим отделением и сотрудника хирургической кафедры клинической больницы в дневное время. Они и определяют **после повторного экстренного осмотра** (подтверждается записью в медицинской документации) дальнейшую тактику ведения больного.

2.3.4. Для выполнения эндоскопии при острых гастродуоденальных кровотечениях **лечебное учреждение должно быть оснащено** следующим минимальным комплексом аппаратуры и инструментов:

2.3.4.1. Гастроинтестинальный фиброэндоскоп с торцевым расположением оптического окна (возможно со скошенной оптикой 30° и 45°), источник света, эндоскопическая аспирационная помпа;

2.3.4.2. Несомненными преимуществами, по сравнению с фиброволоконной оптикой, обладают **гастроинтестинальные видеоскопы**, ко-

торые должны быть оснащены также и устройствами для записи и сохранения информации;

2.3.4.3. Электрохирургический генератор и различные виды зондов для монополярной и биполярной коагуляции.

2.3.4.4. **Иньекционные иглы** (одноразового или многоразового применения) **различной длины, соответствующие диаметру инструментального канала эндоскопа. Необходим дистальный колпачок.**

2.3.5. Стандарт выполнения диагностической эндоскопии:

2.3.5.1. При минимальной инсuffляции аппарат проводится в двенадцатиперстную кишку, которая детально осматривается (наиболее частая локализация источника кровотечения). **Оценивается содержимое** пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, количество и характер крови, расположение сгустков. Детальный осмотр проводят обычно в обратном порядке: двенадцатиперстная кишка, желудок, пищевод;

2.3.5.2. Кровотечение из субкардиального отдела желудка должно быть исключено при обязательном инверсионном осмотре свода и субкардии;

2.3.5.3. В результате исследования эндоскопист **должен осмотреть и описать** состояние

пищевода, всех отделов (кардии, антрального отдела, тела и свода) желудка и двенадцатиперстной кишки;

2.3.5.4. Выявление причины кровотечения в желудке не должно служить основанием для прекращения осмотра 12-перстной кишки, так как не исключаются несколько источников кровотечения;

2.3.5.5. При необходимости могут быть использованы **дополнительные приемы**:

- изменение положения тела больного. На животе — осматривается задняя стенка, на спине — передняя стенка, с приподнятым головным концом — кардиальный, субкардиальный отделы и свод желудка;

- при помощи шприца через инструментальный канал эндоскопа вводится 30-60 мл воды и прицельно отмывается место предполагаемого источника кровотечения с последующей аспирацией содержимого из просвета органа;

2.3.5.6. Эндоскопическое исследование **регистрируется протоколом в истории болезни и регистрационном журнале эндоскопического кабинета (отделения)**. **В протоколе следует:**

- указать дату, время, продолжительность и особенности проведения исследования (в операционной, в эндоскопическом кабинете, в положении больного на спине, на боку, на животе и другие);

- последовательно описать состояние пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки (просвет, содержимое, стенка, перистальтика, слизистая, очаг поражения и характер кровотечения), а также анатомо-физиологические сужения — кардия и пилорус;

- завершить протокол исследования **заключением эндоскописта**.

2.3.5.7. Для язвенных кровотечений, описание источника кровотечения (язвы) должно включать следующие ее характеристики:

2.3.5.7.1. уровень (желудок, двенадцатиперстная кишка; при необходимости расстояние от кардии и пилоруса);

2.3.5.7.2. локализация (угол желудка, большая или малая кривизна, передняя или задняя стенка и другие);

2.3.5.7.3. число (одиночные или множественные; по возможности указать точное количество);

2.3.5.7.4. форма (круглая, овальная, линейная, неправильная и другая);

2.3.5.7.5. размер (в сантиметрах): точечные, малые, средние, большие, гигантские;

2.3.5.7.6. дно или кратер (покрыто фибрином, вязкой слизью, некротическое, с признаками кровотечения, покрыто сгустком или струпом, сосуд в дне язвы);

2.3.5.7.7. край (плоский, высокий, ровный, бугристый, нечёткий; с петехиями; кровоточащий и другая характеристика);

2.3.5.7.8 окружающие ткани (слизистая нормальная, гиперемированная, отёчная, инфильтрированная, конвергенция складок).

2.3.5.8. При эндоскопии, кроме описания источника кровотечения фиксируются следующие данные:

- наличие крови в пищеводе, желудке и 12-перстной кишке; ее количество и характер;
- признаки кровотечения [артериальное кровотечение, пульсация крови из сосуда, подтекание венозной крови, свежий сгусток, красный тромб, тромб в состоянии ретракции, тромбированный сосуд (его диаметр)];
- гематома вокруг источника;
- имбибиция гемосидерином и другие.

2.3.5.9. При язве желудка во время первичной или повторной эндоскопии **обязательна биопсия из края язвы** (3-5 кусочков) с последующим их гистологическим исследованием.

2.3.6. Все острые гастродуоденальные кровотечения **следует делить на продолжающиеся и состоявшиеся со стабильным и не стабильным гемостазом:**

2.3.6.1. Основные эндоскопические признаки **продолжающегося кровотечения**:

2.3.6.1.1. струйное кровотечение из дна либо края язвы;

2.3.6.1.2. диффузное либо локализованное поступление (подтекание) крови из дна или краев язвы;

2.3.6.1.3. кровотечение из-под сгустка, прикрывающего язву;

2.3.6.1.4. наличие свежей артериальной или венозной крови в просвете желудка или двенадцатиперстной кишки, накапливающейся, несмотря на аспирацию, без видимого источника кровотечения.

2.3.6.2. **Состоявшимся является любое кровотечение, при котором нет поступления крови** в просвет желудка и 12-перстной кишки во время эндоскопического исследования.

Оно характеризуется степенью надежности гемостаза (стабильный или нестабильный).

2.3.6.3. Основные эндоскопические признаки **состоявшегося кровотечения, стабильного гемостаза**:

2.3.6.3.1. отсутствуют следы крови в желудке и 12-перстной кишке;

2.3.6.3.2. дно язвы покрыто фибрином;

2.3.6.3.3. мелкие тромбированные сосуды (в виде чёрных точек) на дне язвы или по краю ее;

2.3.6.3.4. дно язвы покрыто солянокислым гематином (чёрный цвет дна язвы).

2.3.6.4. Основные эндоскопические признаки состоявшегося кровотечения, нестабильного гемостаза:

2.3.6.4.1. контактная кровоточивость краев язвы при наличии в дне тромбированного сосуда и крови со сгустками в просвете желудка и 12-перстной кишки;

2.3.6.4.2. язва с фиксированным сгустком-тромбом различного цвета (от красного до чёрного) при наличии в желудке «кофейной гущи» или без нее;

2.3.6.4.3. язва с тромбированным сосудом на дне либо по её краю;

2.3.6.4.4. через дно язвы просвечивается розовый (красный) артериальный сосуд;

2.3.6.4.5. наличие в дне язвы рыхлого сгустка крови красного цвета;

2.3.6.4.6. контактная кровоточивость краев язвы при наличии в дне тромбированного сосуда, а также крови со сгустками в просвете желудка и 12-перстной кишки.

2.3.6.5. Наличие любого из клинических или эндоскопических признаков нестабильного ге-

мостаза, а также их сочетание служит основанием для общего **заключения о неустойчивом гемостазе.**

2.3.6.6. Дополнительные факторы риска рецидива кровотечения:

2.3.6.6.1. размеры язвы: для 12-перстной кишки >1 см, желудка >2 см;

2.3.6.6.2. глубина язвы >0,3 см;

2.3.6.6.3. язвы с «неблагоприятной локализацией» – расположение язвы в бассейне нахождения крупных сосудов желудка и 12-п. кишки (субкардия, верхняя треть желудка, зона малой кривизны, задняя стенка луковицы, в проекции a. gastrica dextra et sinistra, a. pancreatoduodenalae.).

2.3.6.6.4. Сосудистая «ахиллесова пята» желудка, которая находится на 2-3 см от средней линии малой и большой кривизны. Это зона входа в подслизистый слой перфорантных сосудов.

2.3.7. Основной задачей лечебной эндоскопии является окончательная или временная остановка кровотечения.

Для этого могут быть использованы следующие основные методы эндоскопического гемостаза: инъекционный, диатермокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, клипирование,

местное орошение язвенных дефектов пленкообразующими лекарственными средствами и другие.

Для инъекционного эндоскопического гемостаза могут быть использованы: полидоканол, 70° этиловый спирт и другие лекарственные средства.

2.3.8. По показаниям диагностическая и лечебная эндоскопия может быть выполнена под общим обезболиванием.

2.4. Тактика хирурга при острых гастродуоденальных кровотечениях:

2.4.1. Лечение острых гастродуоденальных кровотечений всегда начинается с консервативной терапии (в первую очередь инфузионно-трансфузионной) которая проводится параллельно с обследованием больного:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% растворы декстрозы;
- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);
- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие);
- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала;

- по показаниям препараты крови (эритроцитарная масса, свежемороженая плазма и другие).

2.4.2. Больные с тяжелой и средней тяжести кровопотерей в первые минуты поступления в больницу в сопровождении врача приемного отделения направляются в операционную с немедленным вызовом туда анестезиолога, эндоскописта и ответственного дежурного хирурга.

Проводится экстренно катетеризация вены и начинается инфузионная терапия. Выполняется экстренная эзофагогастродуоденоскопия с попыткой эндоскопического гемостаза.

2.4.3. Больные с легкой степенью кровопотери и компенсированным состоянием функций жизненно важных органов и систем в кратчайшие сроки направляются в эндоскопический кабинет (отделение), где им выполняется диагностическая и, по показаниям, лечебная эндоскопия.

Госпитализация - в хирургическое отделение, преимущественно, в палаты интенсивной терапии.

2.4.4. В отделение интенсивной терапии и реанимации по решению консилиума из операционной и эндоскопического кабинета **переводятся** больные с остановленным кровотечением, независимо от возраста **с наличием суби декомпенсации функций жизненно важных органов и систем.**

2.4.5. При продолжающемся кровотечении и при неэффективности эндоскопического гемостаза **показана экстренная операция.**

2.4.6. При декомпенсации функций жизненно важных органов и систем в силу тяжелых сопутствующих заболеваний **решением консилиума специалистов** (хирург, анестезиолог, терапевт и др.) с обязательным участием представителя администрации лечебного учреждения (главный врач, зам. главного врача) у крайне тяжелых больных с нестабильным гемостазом **операция может быть признана непереносимой** и лечение может быть продолжено консервативными методами. В состав консилиума в клинических больницах должен быть включен сотрудник кафедры хирургии. О таких случаях должен быть немедленно информирован главный специалист управления здравоохранения области.

2.4.7. Показанием к экстренной операции является также **рецидив кровотечения** в стационаре **независимо от времени начала предыдущего кровотечения.** У больных с высокой степенью операционного риска **по решению консилиума** может быть выполнен повторный эндоскопический гемостаз и продолжено лечение консервативными методами.

2.4.8. **Высокая степень риска рецидива кровотечения** из хронической язвы желудка и 12-перстной кишки у больных без тяжелых сопутствующих заболеваний с состоявшимся кровотечением, несмотря на выполнение эндоскопического гемостаза, служит основанием для проведения интенсивной терапии **в течение суток с последующим оперативным лечением по срочным показаниям.**

2.4.9. При тяжелой и легкой степени кровопотери из хронической язвы желудка и 12-перстной кишки **с состоявшимся кровотечением** у больных старше 60 лет **с декомпенсированными формами сопутствующих заболеваний** предпочтительно консервативное лечение. Операция у них может быть выполнена по жизненным показаниям.

2.4.10. При кровотечениях легкой степени и состоявшемся стабильном гемостазе при отсутствии показаний для оперативного лечения целесообразно наблюдение в хирургическом стационаре не менее 6 суток с обязательным эндоскопическим контролем при выписке.

2.4.11. Больные со **стабильным состоявшимся кровотечением** при наличии показаний должны оперироваться после полной компенсации гомеостаза и детального обследования **в плановом порядке через 12-14 дней после поступления в хирургический стационар.**

Вопрос о характере оперативного вмешательства у таких больных и методах консервативного лечения решается в соответствии с принципами лечения не осложненных хронических пептических язв желудка и 12-перстной кишки.

2.5. В предоперационном периоде целесообразна премедикационная антибиотикопрофилактика: за 1-2 часа до операции вводятся один из антибиотиков: цефотаксим 2 г в/в., цефоперазон 2 г в/м или в/в, цефтриаксон 2 г в/в, цефепим 2 г в/в;

2.6. Оперативные вмешательства при острых гастроудоденальных кровотечениях выпол-

няются под общим обезболиванием. Доступ — как правило, срединная лапаротомия.

2.7. Объем оперативных вмешательств индивидуален и определяется следующими обстоятельствами: характером патологического процесса, функциональным состоянием больного, квалификацией хирургической бригады и материальным обеспечением операции.

2.8. **При язвах желудка, могут быть выполнены:** дистальная (по Бильрот-1,-2; с выключенной петлей по Ру), пилоросохраняющая, проксимальная, или другой ее вид, резекция желудка. При крайне высокой степени операционного риска может быть выполнено иссечение язвы или прошивание сосуда в язве.

2.9. **При язве 12-перстной кишки** радикальными операциями следует считать резекцию желудка (различные ее виды) и ваготомии. Среди различных видов ваготомий предпочтение отдается селективной проксимальной ваготомии с иссечением язвы и дуоденопластикой.

Паллиативные операции (иссечение язвы, выведения язвы за пределы просвета 12-перстной кишки, прошивание кровоточащего сосуда в дне язвы) допустимы только у боль-

ных с высокой степенью оперативного риска и должны быть обоснованы в медицинской документации.

2.10. При выполнении радикальных операций на желудке и двенадцатиперстной кишке целесообразно использовать:

- **электорокоагуляцию** (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов), **ультразвуковой скальпель** или **генератор для электролигирования сосудов;**

- **сшивающие аппараты** для наложения линейного шва и анастомоза (предпочтительны металлические сшивающие аппараты второго поколения с одноразовыми кассетами).

2.11. Послеоперационное ведение больных:

2.11.1. Антибактериальная терапия:

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

- **полусинтетические пенициллины** (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с **аминогликозидами** (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **цефалоспорины III-IV поколения** (цефотаксим 1-2 г в/в или в/м через 4-12 часов, цефоперазон 1-4 г/сут через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5-1 г через

12 часов, цефепим 0,5-2 г/сут в/в или в/м через 12 часов) с **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **фторхинолоны** (офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) с **метронидазолом** (0,5 г в/в через 12 часов);

- **карбапенемы:** имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов.

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры (по показаниям, при наличии послеоперационных осложнений в послеоперационном периоде);

2.11.2. Анальгетики:

- наркотические (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% р-р через 4-6 часов; морфин п/к 1 мл 1% р-р через 4-8 часов);

- ненаркотические (метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие);

2.11.3. Коррекция метаболических нарушений:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие), 5% или 10% р-ры декстрозы;

- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);

- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие),

- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксиэтилированного крахмала;

- р-ры аминокислот для в/в введения;

- жировые эмульсии;

- препараты крови (альбумин, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса и другие).

2.11.4. **Парентеральное питание** в течение 2-5 суток после операции.

2.11.5. **Зондовое питание:** первые 24-48 часов после операции при отсутствии застоя в желудке и кишечнике в тощую кишку следует вводить 0,9% раствор хлорида натрия со скоростью 50 мл в час. Затем – лечебное питание*, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час. Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18-20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы).

*[целесообразно для введения в зонд по описанной методике использовать лечебное питание «Энтерал», разработанное кафедрой неотложной хирургии БелМАПО, ИФОХ НАН и выпускаемое УП «Диалек» г. Минск (примечание автора)]

2.11.6. **Симптоматическое лечение** по показаниям.

2.11.7. При паллиативных операциях обязательно назначение вначале парентерально, а затем внутрь курсов **противоязвенной терапии**, включающей в себя **эрадикацию хеликобактер пилори**. Оптимальная схема:

2.11.7.1. При отсутствии возможности для приема лекарственных средств внутрь – **фамотидин в/в** (струйно или капельно) по 20 мг через 12 часов;

2.11.7.2. При возможности приема лекарственных средств внутрь до отмены парентеральной антибиотикотерапии – **омепразол** 20 мг 2 раза в день, прием **антацидов** (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других;

2.11.7.3. При возможности приема лекарственных средств внутрь после отмены парентеральной антибиотикотерапии:

1 этап – 1-7 день - утвержденная однедельная схема тройной терапии:

1). Омепразол 20 мг 2 раза в день

2). Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день;

3). Кларитромицин 500 мг 2 раза в день.

Прием антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других;

2 этап – с 8 дня и до выписки из стационара:

1) Омепразол 20 мг утром

2) Прием антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других.

3 этап – продолжить амбулаторное противоязвенное лечение после выписки из стационара в течение 7-8 недель. По показаниям лечение в стационаре не хирургического профиля.

2.11.7.4. Возможны другие схемы консервативного лечения гастродуоденальных язв.

2.12. Оптимальная схема консервативного лечения гастродуоденальных язв после эндоскопического гемостаза (начинается в первые часы поступления больного в стационар):

2.12.1. При отсутствии возможности для приема лекарственных средств внутрь – **фамотидин в/в** (струйно или капельно) по 20 мг через 12 часов;

2.12.2. При возможности приема лекарственных средств внутрь:

1 этап – 1-7 день - утвержденная однедельная схема тройной терапии:

- 1). Омепразол 20 мг 2 раза в день
- 2). Амоксициллин 1000 мг 2 раза в день;
- 3). Кларитромицин 500 мг 2 раза в день.

Прием так же антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других.

2 этап – с 8 дня и до выписки из стационара:

- 1) Омепразол 20 мг утром;
- 2) Прием антацидов (препаратов, содержащих гидроокись алюминия и магния) и других.

3 этап – продолжить амбулаторное противоязвенное лечение после выписки из стационара в течение 7-8 недель. По показаниям лечение в стационаре не хирургического профиля.

2.12.3. Возможны другие схемы консервативного лечения гастродуоденальных язв.

2.13. Противоязвенное лечение, начатое в хирургическом стационаре **должно быть продолжено амбулаторно** под наблюдением гастроэнтеролога.

3. Средняя длительность пребывания больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении 22-29 дней у оперированных больных и 10-14 дней у не оперированных больных.

4. Исход заболевания:

- 4.1. Восстановление здоровья;
- 4.2. В отдельных случаях возможны:
 - 4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,
 - 4.2.2. инвалидность,
 - 4.2.3. летальный исход.

Глава 5. Ущемленная грыжа

1. Стандарты диагностики ущемленных грыж:

1.1. Обязательные методы диагностики ущемленных грыж при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: (сбор анамнеза; осмотр, пальпация, аускультация и перкуссия живота; пульс; АД);

1.1.2. **Обязателен** осмотр, пальпация и перкуссия грыжевого выпячивания;

1.1.3. Общий анализ крови;

1.1.4. Общий анализ мочи;

1.1.5. Определение группы крови и Rh-фактора;

1.1.5. ЭКГ.

1.2. Обязательные методы диагностики ущемленных грыж через 2-3 дня после операции и перед выпиской больного из стационара:

1.2.1. Общий анализ крови;

1.2.2. Общий анализ мочи.

1.3. Дополнительные методы диагностики ущемленных грыж (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.3.1. Рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости и грудной клетки;

1.3.2. УЗИ органов брюшной полости;

1.3.3. Лапароскопия;

1.3.4. Биохимическое исследование крови (мочевина, билирубин, АсАТ, АлАТ, общий белок, альфа-амилаза, электролиты: (К, Са, Na, Cl) и другие;

1.3.5. Определение глюкозы крови;

1.3.6. Консультации смежных специалистов: терапевта, эндокринолога, уролога и других.

2. Стандарты лечения ущемленных грыж:

2.1. Общие положения:

2.1.1. При ущемленной грыже или подозрении на ущемление, даже в случае ее самопроизвольного вправления, больной подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение стационара;

2.1.2. Больным с ущемленными грыжами показано экстренное хирургическое вмешательство вне зависимости от сроков и локализации ущемления;

2.1.3. Насильственное вправление грыжи при ее ущемлении недопустимо;

2.1.4. Применение обезболивающих лекарственных средств, ванн, тепла или холода у больных с ущемленными грыжами **противопоказано**;

2.1.5. **Задержка с операцией более 2 часов** от поступления в стационар при установленном диагнозе **недопустима**;

2.1.6. При общем тяжелом состоянии больных **по решению консилиума врачей** операция может быть **задержана не более чем на 2-3 часа** для проведения кратковременной предоперационной подготовки;

2.1.7. **При невозможности исключить ущемленную грыжу** вопрос должен решаться **в пользу операции**.

2.1.8. По показаниям следует провести одним из методов **профилактику ТЭЛА**:

2.1.8.1. Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- **надропарин кальций** - инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее ежедневно как минимум до 7 дней;

- **дальтепарин натий** п/к 2,5 тыс МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс МЕ каждый день утром;

2.1.8.2. **Гепарин** под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

2.2. Экстренное оперативное вмешательство:

2.2.1. Обезболивание общее. Допустима местная инфильтрационная анестезия.

2.2.2. Доступ с учетом локализации грыжи.

2.2.3. **Рассечение ущемляющего кольца ДО вскрытия** грыжевого мешка и **удержания** грыжевого содержимого **недопустимо**.

2.2.4. **При сомнении в жизнеспособности кишки** или **при наличии** их явных признаков выполняется ее **резекция в пределах безусловно здоровых тканей**, но не менее 40 см неизмененного отдела приводящей и не менее 20 см отводящей петли. Накладывается межкишечный анастомоз «бок в бок» или «конец в конец». Если уровень анастомоза приходится на дистальный отдел подвздошной кишки, длина которого менее 15-20 см, следует наложить тонко-толстокишечный анастомоз.

2.2.5. **При тяжелых формах острой кишечной непроходимости и перитоните** после резекции нежизнеспособной кишки может быть выведена **проксимальная энтеро- или колостома**. **Восстановление** непрерывности желу-

дочно-кишечного тракта при отсутствии противопоказаний выполняется не позже 2-3 месяцев после данной операции.

2.2.6. При самопроизвольном вправлении во время операции ущемленного органа его следует **обязательно извлечь для осмотра и оценки кровоснабжения.** Если это не удастся, показано рассечение раны (герниолапаротомия) или срединная лапаротомия.

2.2.7. Закрытие грыжевых ворот выполняется в зависимости от вида грыжи. Первичная пластика не производится при флегмоне грыжевого мешка.

2.3. Алгоритм действия хирурга при флегмоне грыжевого мешка:

1-й этап: Срединная лапаротомия → резекция некротизированной петли со стороны живота без рассечения ущемляющего кольца → межкишечный анастомоз «бок в бок» или «конец в конец» для восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта → концы петли кишки, подлежащей удалению, ушивают наглухо → закрытие брюшной полости → → **переход ко 2-му этапу операции:** Вскрытие грыжевого мешка → рассечение ущемляющего кольца и удаление отключенной некротизированной части кишки → иссечение некротически измененных мягких тканей → ушивание брюшины

(пластика брюшной стенки не производится)
→ санация и дренирование раны.

2.4. В послеоперационном периоде:

2.4.1. Анальгетики:

- наркотические по показаниям (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% р-ра через 4-6 часов; морфин п/к 1 мл 1% р-ра через 4-8 часов);

- ненаркотические (метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие);

2.4.2. По показаниям (флегмона грыжевого мешка и другие):

- полусинтетические пенициллины (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с аминогликозидами (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим 1-2 г через 4-12 часов в/в или в/м, цефоперазон 1-4 г/сут через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5-1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г/сут в/в или в/м через 12 часов) с метронидазолом 0,5 г в/в через 12 часов;

- фторхинолоны (ципрофлоксацин 0,2 - 0,4 г в/в через 12 часов, офлоксацин 0,2 - 0,4 г в/в через 12 часов) с метронидазолом 0,5 г в/в через 12 часов;

- карбапенемы: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов.

2.4.3. Инфузионная терапия по показаниям;

2.4.4. Физиотерапевтическое и симптоматическое лечение по показаниям.

3. Средняя длительность пребывания больных ущемленной грыжей в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении послеоперационного периода составляет 10-14 дней.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. летальный исход.

Глава 6. Острый холецистит

1. Стандарты диагностики острого холецистита:

1.1. Обязательные методы диагностики острого холецистита при поступлении больного в хирургический стационар:

1.1.1. Клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота; пульс, определение АД;

1.1.2. Общий ан. крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ;

1.1.3. Общий анализ мочи;

1.1.4. Определение группы крови и Rh-фактора;

1.1.5. Альфа-амилаза мочи;

1.1.6. Определение глюкозы крови;

1.1.7. Биохимическое исследование крови: билирубин, мочевины, общий белок, АсАТ, АлАТ, электролиты (К, Na, Ca, Cl), альфа-амилаза;

1.1.8. В сомнительных случаях диагностическая лапароскопия;

1.1.9. ЭКГ.

1.2. Обязательные методы диагностики острого холецистита в первые 12 часов от поступления в стационар:

1.2.1. **УЗИ** печени, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы и почек.

1.2.2. **Эзофагогастродуоденоскопия** с осмотром фатерова соска.

1.3. Обязательные методы диагностики острого холецистита в первые 24-48 часов от поступления в стационар (далее - по показаниям):

1.3.1. **Динамическое (повторное) УЗИ** желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы.

1.4. Обязательные методы диагностики острого холецистита при выписке из стационара и по показаниям:

1.4.1. Общий ан. крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ);

1.4.2. Общий ан. мочи;

1.4.3. Биохимическое исследование крови: билирубин, мочеви́на, общий белок, АсАТ, АлАТ, электролиты (K, Na, Ca, Cl), альфа-амилаза.

1.5. Дополнительные методы диагностики острого холецистита (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.5.1. Коагулограмма: ПТИ, АЧТВ, ТВ, фибриноген;

1.5.2. Обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки и брюшной полости;

1.5.3. Ретроградная холангиопанкреатография;

1.5.4. Ирриго- или колоноскопия;

1.5.5. Исследование крови на маркеры вирусного гепатита;

1.5.6. Консультации смежных специалистов (терапевта, гинеколога, эндокринолога и других).

2. Стандарты лечения острого холецистита:

2.1. Общие положения:

2.1.1. **К категории больных острым холециститом следует относить всех пациентов с клиническими и морфологическими признаками острого воспаления желчного пузыря, развившихся как впервые, так и на фоне хронического процесса;**

2.1.2. Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого холецистита служит основанием для направления и госпитализации больного в хирургический стационар.

2.2. Тактика в хирургическом стационаре:

2.2.1. В первые часы от поступления следует выделять **2 группы больных:**

1-я - нуждающиеся в экстренной операции (неотложный острый холецистит);

2-я → подлежащие **консервативному лечению;**

2.2.1.1. У больных **1-й группы (неотложный острый холецистит)** оперативные вмешательства выполняются **в первые 2 часа от поступления в стационар** после предоперационной подготовки.

По решению консилиума врачей длительность предоперационной подготовки может быть увеличена.

Показания к операции: распространенный перитонит, прободение, гангрена желчного пузыря и другие.

Операционная программа: ликвидация источника перитонита (как правило, холецистэктомия), декомпрессия желчных протоков при наличии желчной гипертензии, санация и дренирование брюшной полости. **При непроходимости желчных протоков и выраженных воспалительных изменениях в зоне гепатодуоденальной связки, а также при тяжелом состоянии больных операция может быть вы-**

полнена в минимальном объеме по жизненным показаниям (наружное дренирование желчных протоков выше уровня их непроходимости, санация и дренирование брюшной полости);

2.2.1.2. Больным **2-й группы** проводится комплекс консервативных методов лечения:

- новокаиновая блокада (параумбиликальная, паранефральная или другая);

- введение спазмолитических лекарственных средств - папаверина гидрохлорида (2 мл 2% р-ра в/м) или дротаверина* по 40-80 мг 1-3 раза в сутки в/м, в/в, п/к;

*[Drotaverinum, Drotaverini, Nospani hydrochloridum – НО-ШПА (примечание автора)];

- ненаркотические анальгетики: метамизол 2,0 мл 50% р-ра в/м и другие;

- антибиотики: полусинтетические пенициллины (ампициллина натриевая соль 1 г в/м через 4-6 часов, оксациллин 1 г в/м через 4-6 часов и другие);

- инфузионная терапия: базисные инфузионные растворы - солевые (0,9% раствор хлорида натрия и другие), 5% или 10% растворы декстрозы;

2.2.2. В зависимости от **эффективности консервативного лечения, сроки которого не**

должны превышать 48-72 часов (!) от поступления в стационар, следует выделить больных с прогрессирующим и регрессирующим острым холециститом;

2.2.3. Алгоритм хирургического лечения больных с прогрессирующим острым холециститом (клинические, лабораторные и ультразвуковые критерии указывают на отсутствие эффекта от консервативного лечения):

2.2.3.1. При отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний и других факторов, увеличивающих риск операции и наркоза, оперативное вмешательство выполняется, как правило, в полном объеме. Оптимальными сроками операции являются первые 24-48 часов от момента заболевания, когда процесс не приобрел распространенного характера. В эти сроки, при отсутствии противопоказаний может быть выполнена лапароскопическая холецистэктомия;

2.2.3.2. При наличии у больного факторов риска может быть выполнено декомпрессионное дренирование желчного пузыря под контролем лапароскопа или УЗИ. Радикальная операция после лапароскопической или ультразвуковой холецистостомии выполняется при отсутствии противопоказаний в «холодном» периоде через 2-3 недели. По показаниям может быть

выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

При максимальной степени операционного риска декомпрессионное дренирование желчного пузыря может быть окончательным методом лечения данной патологии.

2.2.4. Алгоритм хирургического лечения больных с регрессирующим острым холециститом (после применения комплекса консервативных лечебных мероприятий получен положительный результат):

2.2.4.1. При неосложненном регрессирующем острым холецистите при отсутствии противопоказаний операция выполняется традиционным (открытым) или лапароскопическим способом;

2.2.4.2. Оперативные вмешательства при осложненном регрессирующем остром холецистите выполняются традиционным (открытым) методом или двухэтапно (лапароскопическая холецистэктомия после восстановления беспрепятственного транзита желчи по магистральным желчным протокам с помощью эндоскопических технологий).

2.3. Операции при остром холецистите проводятся в дневное время (за исключением больных с неотложным острым холециститом),

при условии обеспечения холангиографии на операционном столе и при участии наиболее опытного хирурга.

2.4. По показаниям следует провести **профилактику ТЭЛА** одним из методов:

2.4.1. Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- надропарин кальция - инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки за 2-4 часа до операции и далее как минимум до 7 дней;

- дальтепарин натрия п/к 2,5 тыс МЕ за 1-2 часа до операции и затем по 2,5 тыс МЕ каждый день утром

2.4.2. Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ за 1-2 часа до операции и далее через 8 часов.

2.5. В предоперационном периоде целесообразна **премедикационная антибиотикопрофилактика**: за 1-2 часа до операции вводятся один из антибиотиков (цефотаксим 2 г в/в., цефоперазон 2 г в/м или в/в, цефтриаксон -2 г в/в, цефепим 2 г в/в);

2.6. Оперативные вмешательства выполняются **под общим обезболиванием**, как пра-

вило, **из верхнего срединного доступа**. По показаниям могут быть использованы доступы по Федорову и по Кохеру.

2.7. Операцией выбора является холецистэктомия «от шейки». При технических трудностях холецистэктомия может быть выполнена «от дна».

2.8. Во время открытой операции **обязательна ревизия желчных протоков** (осмотр, пальпация, а так же по показаниям зондирование, интраоперационная холангиография, холангиоскопия, внутрибрюшное УЗИ или другие методы). При лапароскопической холецистэктомии интраоперационная холангиография выполняется по показаниям.

2.9. Наружное и внутреннее **дренирование желчных путей** проводится по показаниям (операции наружного дренирования желчных путей и различные виды билиодегистивных анастомозов не являются конкурирующими).

2.10. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии целесообразно **во всех случаях**. По показаниям допустима установка тампонов в ложе желчного пузыря.

2.11. При выполнении оперативных вмешательств целесообразно использовать электрокоагуляцию (предпочтителен микропроцессорный электрохирургический генератор с набором инструментов для открытых и эндохирургических операций), ультразвуковой скальпель или генератор для электролигирования сосудов.

2.12. Послеоперационное ведение больных:

2.12.1. Антибактериальная терапия:

а) эмпирическая антибиотикотерапия:

- полусинтетические пенициллины (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с аминогликозидами (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- цефалоспорины III-IV поколения (цефотаксим 1-2 г в/в или в/м через 4-12 часов, цефоперазон 1-4 г/сут через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5-1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г/сут в/в или в/м через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- фторхинолоны (офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- карбапенемы: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов.

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры.

2.12.2. Анальгетики:

- наркотические (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% р-ра через 4-6 часов) [**Морфин** – **противопоказан** (примечание автора)];

- ненаркотические (метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов и другие);

2.12.3. Коррекция метаболических нарушений:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие), 5% или 10% р-ры декстрозы;

- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);

- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие);

- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала;

- растворы аминокислот для в/в введения;

- жировые эмульсии;

- белковые лекарственные средства (альбумин, свежезамороженная плазма и другие).

2.12.4. Симптоматическое лечение по показаниям.

3. Средняя длительность пребывания больных острым холециститом в хирургическом стационаре:

При не осложненном течении послеоперационного периода составляет 10-14 дней при традиционной (открытой) операции и 3-6 дней при лапароскопической.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. инвалидность,

4.2.3. летальный исход.

Глава 7. Острый панкреатит

1. Стандарты диагностики острого панкреатита:

1.1. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые в течение первых 2-х часов от поступления больного в хирургический стационар:

Экстренные (у больных с легким и тяжелым острым панкреатитом):

- клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота; пульс, определение АД;
- ректальное обследование;
- определение группы крови и Rh-фактора;
- общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ, включая тромбоциты;
- общий анализ мочи;
- альфа-амилаза крови;
- альфа-амилаза мочи;
- определение глюкозы крови;
- биохимическое исследование крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, креатин, электролиты: (K, Na, Ca, Cl);
- обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости;

- обзорная рентгенография или рентгено-скопия грудной клетки;

- **УЗИ органов брюшной полости;**

- ЭКГ;

- **оценка степени тяжести больных** (APACHE II, Ranson, Glasgow, MOF, Красного-ров В.Б. и соавт., Багненко С.Ф., и соавт., Третьяк С.И. и соавт., и другие).

1.2. Обязательные методы диагностики ост-рого панкреатита, определяемые в течение первых 24-48 часов от поступления боль-ного в хирургический стационар:

Срочные (как правило, у больных с тяже-лым панкреатитом, панкреонекрозом):

- **лапароскопия** (видеолапароскопия) – **по** показаниям после **УЗИ**;

- лапароцентез (при отсутствии условий для лапароскопии) - по показаниям после **УЗИ**;

- пункция плевральной полости - по пока-заниям после рентгеноскопии или рентгеногра-фии грудной клетки;

- **при пункции** плевральной полости, лапа-роцентезе или лапароскопии **необходимо вы-полнить** следующие **исследования** экссудата: антибиотикограмма, альфа-амилаза, атипичные клетки и другие анализы;

- исследование плазменного (коагуляцион-ного) гемостаза:

- время свертывания крови (по Ли-Уайту);
- определение активированного частичного
тромбопластинового времени (далее-АЧТВ)

- факторы свертывания крови;

- протромбиновый индекс;

- концентрация фибриногена в плазме и
другие показатели;

- эзофагогастродуоденоскопия.

1.3. Обязательные методы диагностики
острого панкреатита, определяемые в течение
72 часов от поступления больного в хирур-
гический стационар:

КТ или МРТ брюшной полости (при тяже-лом остром панкреатите, подозрении на инфи-цированный некроз, псевдокисту или абсцесс поджелудочной железы).

1.4. Обязательные методы диагностики
острого панкреатита, кратность выполнения
которых определяется характером патологии
и течением заболевания (обследование в ди-
намике лечения):

1.4.1. **Динамическое УЗИ брюшной по-лости;**

1.4.2. Повторная КТ или МРТ брюшной
полости;

1.4.3. Рентгеноскопия или рентгеногра-фия грудной клетки.

1.5. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые на 2, 3, 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и при выписке из хирургического стационара:

Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ).

1.6. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые ежедневно в течение первых 5 суток, на 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и при выписке из хирургического стационара:

1.6.1. Альфа-амилаза крови;

1.6.2. Альфа-амилаза мочи.

1.7. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые на 2, 3, 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и при выписке из хирургического стационара:

Биохимическое исследование крови: билирубин и его фракций, АЛАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, креатин, электролиты (К, Na, Ca, Cl).

1.8. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые на 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и перед выпиской из хирургического стационара:

Исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза:

- время свертывания крови (по Ли-Уайту);
- АЧТВ;
- тромбиновое время (ТВ);
- протромбиновый индекс (ПТИ);
- концентрация фибриногена в плазме.

1.9. Дополнительные методы диагностики острого панкреатита (по показаниям) в хирургическом стационаре:

1.9.1. Тонкоигольная аспирационная биопсия с бактериологическим и гистологическим исследованием аспирата;

1.9.2. Бактериологическое исследование крови;

1.9.3. Кислотно - основное состояние (КОС) крови: бикарбонаты стандартные, буферные основания, водородный показатель (рН), парциальное давление кислорода (рО₂), парциальное давление углекислого газа (рСО₂) и другие,

1.9.4. С-реактивный белок;

1.9.5. Средние молекулы;

1.9.6. Трипсин и липаза крови;

1.9.7. Показатели иммунной системы крови (Т- и В-лимфоциты, иммуноглобулины класса А, М, G, ЦИК, интерлейкины и другие);

1.9.8. Прокальцитонин;

1.9.9. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и другие дополнительные (по показаниям) методы обследования.

2. Стандарты лечения острого панкреатита:

2.1. Общие положения:

2.1.1. В соответствии с **классификацией острого панкреатита** (Атланта, 1992 г.) следует выделять:

I. Острый панкреатит

- а) легкий
- б) тяжелый

II. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) – острый интерстициальный панкреатит.

III. Панкреонекроз:

- а) стерильный
- б) инфицированный

IV. Панкреатическая ложная киста.

V. Панкреатический абсцесс.

2.1.2. **Следует выделять три фазы течения острого деструктивного панкреатита**, каждой из которых соответствует определенная клиническая форма заболевания:

I фаза – ферментативная (первые 5 суток от начала заболевания) – происходит **формирование некроза** поджелудочной железы различной протяженности.

Максимальный срок формирования панкреонекроза составляет **трое суток без последующего его прогрессирования**. При тяжелом панкреатите период формирования панкреонекроза **может сократиться до 24-36 часов**.

Выделяют две **клинические формы**: тяжелый и легкий (нетяжелый) острый панкреатит.

II фаза – реактивная (до 2 недель заболевания) – **формирование очагов некроза**. Клиническая форма данной фазы – парапанкреатический инфильтрат.

III фаза – расплавления и секвестрации (начинается с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев).

Возможны **2 варианта этой фазы**:

- а) **асептическое** расплавление и секвестрация (возможно образование кист и свищей);
- б) **септическое** расплавление и секвестрация (развитие гнойных осложнений).

2.1.3. Больных с диагнозом «**тяжелый острый панкреатит**» по возможности следует

госпитализировать в многопрофильные стационары.

2.1.4. Одной из **главных задач хирурга** при поступлении больного в стационар является **ранняя диагностика тяжелого острого панкреатита**, результат лечения которого во многом зависит от сроков и полноты проводимых лечебных мероприятий.

2.1.5. При оценке степени тяжести больных следует использовать определение **признаков тяжелого панкреатита**:

а) клинические:

- перитонеальный синдром;
- нестабильная гемодинамика – тахи- (более 120 уд/мин) или брадикардия (менее 70 уд/мин); снижение систолического АД ниже 100 мм рт.ст.;
- олигоурия (менее 250 мл за последние 12 часов);
- энцефалопатия (заторможенность или возбуждение, делирий);
- наличие кожных симптомов (гиперемия лица, мраморность и другие);

б) общий анализ крови:

- гемоглобин выше 150 г/л;
- лейкоцитоз выше $14 \times 10^9/\text{л}$;

в) биохимическое исследование крови:

- декстроза выше 10 ммоль/л;
- мочевины выше 10 ммоль/л;

г) ЭКГ – ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения.

Наличие **хотя бы двух признаков** позволяет диагностировать **тяжелый** острый панкреатит.

2.1.6. Больные с **тяжелым острым панкреатитом** должны госпитализироваться **в отделение реанимации и интенсивной терапии (!)**, с легким – в хирургические отделения.

2.1.7. Больные с **вклиненным камнем большого дуоденального сосочка** нуждаются в **срочном** восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Оптимальным методом лечения таких больных является **эндоскопическая папиллосфинктеротомия**.

2.2. Стандарты лечения легкого (не-тяжелого) острого панкреатита (базисная терапия):

2.2.1. Голод (не менее 2-4 суток) с постепенным переходом на режимы лечебного питания;

2.2.2. Локальная гипотермия (холод на живот);

2.2.3. Зондирование желудка и аспирация желудочного содержимого;

2.2.4. Анальгетики:

- наркотические при выраженном болевом синдроме (тримеперидин п/к или в/в по 1 мл 1% или 2% через 6 часов) [**Морфин – противопоказан** (примечание автора)];

- ненаркотические (один из лекарственных средств: метамизол в/м или в/в по 2 мл 50% раствора через 6-8 часов; трамадол по 50-100 мг в/в или в/м через 6-8 часов);

2.2.5. Введение одного из спазмолитических лекарственных средств - папаверина гидрохлорида 2 мл 2% р-ра в/м, дротаверина по 40-80 мг 1-3 раза в сутки в/м, в/в или п/к

2.2.6. М-холиноблокаторы (атропина сульфат при отсутствии противопоказаний п/к 0,1% р-р по 1 мл 2 раза в день; платифиллин п/к по 1 - 2 мл 0,2% р-ра 2 раза в день);

2.2.7. Инфузионная терапия в объеме до 40 мл на 1 кг массы тела больного. Объем инфузионной терапии может меняться в зависимости от клинической ситуации. Форсированный диурез по показаниям.

Следует применять:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% р-ры декстрозы;

- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);

- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие);

2.2.8. Лечение легкого панкреатита **может быть усилено**:

2.2.8.1. назначением одного из антисекреторных лекарственных средств (ингибиторов протонной помпы: омепразол 20 мг 2 раза в день), H_2 -блокаторов (фамотидин в/в или внутрь по 20 мг через 12 часов);

2.2.8.2. обволакивающих и адсорбирующих средств – гидроокись алюминия и магния по 1 мерной ложке внутрь за 30 минут до еды и вечером 4 раза в день и других;

2.2.8.3. антиферментными лекарственными средствами: овомин в/в (медленно) первоначальная доза 1500-1800 АТЕ/кг; поддерживающая доза 750-800 АТЕ/кг через 6 часов;

2.2.8.4. назначением одного из антибиотиков (ампициллин 1 г в/м через 4-6 часов, оксациллин 1 г в/м через 4-6 часов и другие);

2.2.9. При рвоте - метоклопрамид в/м или в/в по 10 мг 3-4 раза в сутки;

2.2.10. Продолжительность базисной терапии при легком остром панкреатите составляет 3-7 суток.

2.2.11. Требования к результатам лечения легкого острого панкреатита: купирование болевого синдрома, отсутствие изменений показателей крови, свидетельствующих о наличии активного воспалительного процесса, нормализация температуры тела.

2.2.12. При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6-8 часов следует констатировать **тяжелый панкреатит**, перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии, где продолжить терапию по стандартам лечения тяжелого острого панкреатита (см. ниже).

2.3. Стандарты интенсивной терапии тяжелого острого панкреатита в ферментативной фазе (первые 5 суток заболевания):

2.3.1. Интенсивная консервативная терапия должна быть начата сразу же после установления диагноза «тяжелый панкреатит» (в течение 2 часов от поступления в стационар).

2.3.2. Лечение тяжелого панкреатита предусматривает **базисную** (описана в разделе 2.2) и **специализированную терапию**.

2.3.3. Оперативное лечение в данную фазу заболевания показано при развитии **гнойных осложнений** или при **осложнениях хирургического профиля**, которые невозможно устранить эндоскопическим способом (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и другие).

2.3.4. Специализированное лечение тяжелого панкреатита:

2.3.4.1. Блокаторы секреции поджелудочной железы: октреотид (сандостатин 0,1 мг 3 раза в сутки п/к или в/в или синтетический аналог соматостатина – октреотид 100-300 мкг п/к 3-4 раза в зависимости от тяжести заболевания). При внутривенном пути октреотид вводится в дозе 25-50 мкг/час. Длительность лечения до 5 дней.

Лекарственные средства этой группы наиболее эффективны в первые 5-7 суток развития заболевания.

2.3.4.2. Коррекция метаболических нарушений:

- базисные инфузионные растворы: солевые (0,9% р-р хлорида натрия и другие растворы), 5% или 10% р-ры декстрозы;

- сбалансированные полиионные растворы (1,5% раствор реамберина и другие);
- плазмозаменители (неорондекс, декстран, поливинилпирролидон и другие),
- коллоидные плазмозаменители на основе гидроксипропилированного крахмала;
- р-ры аминокислот для в/в введения;
- жировые эмульсии;
- препараты крови по показаниям (эритроцитарная масса, альбумин, свежемороженая плазма и другие).

Общий объем инфузионных сред должен составлять не менее 40 мл на 1 кг массы тела. **Соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов 1:4.**

2.3.4.3. Антибактериальная терапия:

а) эмпирическая:

- полусинтетические пенициллины (оксациллин 2 г в/в через 4 часа и другие) в сочетании с аминогликозидами (амикацин 0,5 г в/в через 8 часов и другие) и метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);
- цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим 1-2 г через 4-12 часов в/в или в/м, цефоперазон 1-4 г/сут через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5-1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г/сут в/в или в/м через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- фторхинолоны (ципрофлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов, офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- карбапенемы: имипенем/циластатин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов.

б) направленная антибиотикотерапия лекарственными средствами в соответствии с чувствительностью к ним микрофлоры;

2.3.4.3.1. Все антибиотики (за исключением карбапенемов) необходимо комбинировать с антианаэробными лекарственными средствами (метронидазол);

2.3.4.3.2. **Курс антибиотикотерапии** продолжается не менее 14 дней и дополняется антимикотической терапией - флуконазол внутрь или в/в по 50-400 мг 1 раз в сутки.

2.3.4.4. Профилактика транслокации кишечной микрофлоры (по показаниям) – энтеросорбция.

2.3.4.6. Раннее энтеральное питание через зонд, установленный в начальный отдел тонкой кишки во время операции или при эндоскопии.

Следует соблюдать **методику зондового питания**: первые 24-48 часов после операции или сразу после установки зонда эндоскопическим способом при отсутствии застоя в желудке

и кишечнике в тощую кишку следует вводить **0,9% раствор хлорида натрия** со скоростью 50 мл в час. Затем – **лечебное питание***, увеличивая скорость введения каждые последующие сутки на 25 мл в час. **Максимальный темп подачи смеси в кишку не должен превышать 125 мл в час.** Оптимальным является введение 1000 мл лечебного питания в течение 18-20 часов. Для этих целей целесообразно использовать дозаторы для энтерального питания (перистальтические насосы).

*[целесообразно для введения в зонд по описанной методике использовать лечебное питание «Энтерал», разработанное кафедрой неотложной хирургии БелМАПО, ИФОХ НАН и выпускаемое УП «Диалек» г. Минск (примечание автора)]

2.3.4.7. По показаниям катетеризация чревного ствола и/или верхней брыжеечной артерии и введение в них лекарственных средств (состав индивидуален) с помощью инфузомата со скоростью 5-7 мл в час.

2.3.4.8. Нормализация функции желудочно-кишечного тракта:

- 0,05% р-р неостигмина п/к 1-2-мг 1-2 раза в сутки [Neostigmini Methylsulfate, Proserinum – прозерин (примечание автора)];

- перидуральная анестезия и другие методы;

2.3.4.9. Профилактика эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта:

2.3.4.9.1. При отсутствии возможности для приема лекарственных средств внутрь – фамотидин в/в (струйно или капельно) по 20 мг через 12 часов;

2.3.4.9.2. При возможности приема лекарственных средств внутрь – омепразол 20 мг 2 раза в день

2.3.4.10. Антигипоксанты – мексидол (на республиканском уровне) в/в по 200-400 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней и другие лекарственные средства.

2.3.4.11. Ингибиторы цитокинеза – пентоксифиллин в/в 2% раствор по 5 мл 2-3 раза в сутки.

2.3.4.12. По показаниям и при отсутствии противопоказаний назначают один из лекарственных средств:

1) Препараты низкомолекулярных гепаринов:

- надропарин кальция инъекция в подкожную клетчатку живота 0,3 – 0,4 мл в зависимости от массы тела пациента один раз в сутки;

- дальтепарин натрий п/к по 2,5 тыс. МЕ каждый день утром;

2) Гепарин под кожу живота по 5 тыс. МЕ через 8 часов

2.3.4.13. Антиферментные лекарственные средства: овомин (в/в медленно). Первоначальная доза 1500-1800 АТЕ/кг. Поддерживающая доза 750-800 АТЕ/кг через 6-8 часов.

2.3.4.14. Иммунотерапия. При отсутствии вторичного иммунодефицита у больных с легкой формой острого панкреатита – специфическая иммунокоррекция не проводится.

При наличии вторичного иммунодефицита на всех стадиях данного заболевания, а также при наличии нарушений иммунитета **изначально** – овомин (1200-1500 МЕ/кг, затем 750 МЕ/кг через 8 часов, пентоксифиллин в/в до 7 мг/кг массы в сутки, свежзамороженная плазма в/в капельно по 20 мл/кг массы тела в сутки, иммуноглобулин человеческий для в/м введения по 0.1-0,2 мл/кг, иммуноглобулин человеческий нормальный для в/в введения (3-5 мл/кг в/в), **интерлейкин-2** (стандарт лечения тяжелого острого панкреатита включает два внутривенных вливания Интерлейкин-2 в дозе 250 тыс. МЕ (при массе тела менее 70 кг) или 500 тыс. МЕ (при массе тела более 70 кг) с интервалом между введениями 2-3 суток. Препарат вводят медленно на изотоническом буфере. После второго вливания назначают курс ежедневных внутримышечных инъекций тималина по 10-30 мг в течение 10-20 дней).

2.3.4.14. Экстракорпоральная детоксикация по показаниям.

2.3.4.15. Посиндромная терапия [при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность и другие)].

2.3.5. Детоксикация при тяжелом остром панкреатите также достигается путем эвакуации токсического экссудата при лапароскопическом (при лапароцентезе, под контролем УЗИ) дренировании брюшной полости и при лапароскопической (под контролем УЗИ) декомпрессии забрюшинной клетчатки.

2.4. Лапароскопические (видеолапароскопические) операции:

2.4.1. Показаны у больных с клинической картиной перитонита, при наличии УЗИ-признаков жидкости в брюшной полости и при необходимости дифференциальной диагностики острого панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости;

2.4.2. Выполняется для удаления перитонеального экссудата, дренирования сальниковой сумки, забрюшинного пространства, круглой связки печени и брюшной полости, а также для декомпрессионной микрохолецистостомии.

2.5. Стандарты лечения панкреатического инфильтрата в реактивной фазе острого панкреатита:

2.5.1. Продолжение базисной терапии по пунктам 2.2.4; 2.2.5; 2.2.6, 2.2.7 и 2.2.8;

2.5.2. Лечебное питание (стол 5) или энтеральное зондовое питание (смеси для лечебного питания). Парентеральное питание по показаниям;

2.5.3. Системная антибиотикотерапия:

- цефалоспорины III-IV поколений (цефотаксим 1-2 г через 4-12 часов в/в или в/м, цефоперазон 1-4 г/сут через 12 часов в/м или в/в, цефтриаксон 1-2 г в/в или в/м 1 раз/сут или 0,5-1 г через 12 часов, цефепим 0,5-2 г/сут в/в или в/м через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- фторхинолоны (офлоксацин 0,2-0,4 г в/в через 12 часов) с метронидазолом (0,5 г в/в через 12 часов);

- антибиотики резерва - карбапенемы: имипенем/цила-статин 0,5 г в/в через 8 часов, меропинем 0,5 г в/в через 8 часов.

2.5.4. Иммунотерапия (два подкожных введения интерлейкин-2а по 500 тыс. МЕ с интервалом 2-3 дня).

2.6. Стандарты лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений:

2.6.1. В данной фазе заболевания показано хирургическое лечение.

Оно включает в себя вскрытие, санацию и дренирование гнойных очагов брюшной полости и забрюшинного пространства.

2.6.2. **Основным методом санации** гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия. Она может быть одно- или многоэтапной и выполняется как традиционными (открытыми), так и малоинвазивными методами.

2.6.2. Консервативная терапия (в послеоперационном периоде):

2.6.2.1. Антибиотикотерапия – эмпирическая и/или направленного действия (выбор антибиотика зависит от чувствительности к нему микрофлоры);

2.6.2.2. Энтеральная нутриционная поддержка через зонд, проведенный за связку Трейца;

2.6.2.3. Парентеральное питание по показаниям;

2.6.2.4. Инфузионная терапия (см. п. 2.3.4.2.)

2.6.2.5. Иммунотерапия:

2.6.2.5.1. При низком абсолютном числе лимфоцитов периферической крови – цитокино-терапия интерлейкин-2 в дозе 250000-1000000 ЕД до восстановления показателя (в среднем 2-5 введений)

2.6.2.5.2. По показаниям: иммуноглобулин человеческий нормальный для в/м введения по 0.1-0,2 мл/кг, иммуноглобулин человеческий для в/в введения (3-5 мл/кг в/в).

2.6.3. **Показанием к операции** при остром панкреатите является развитие гнойных осложнений (инфицированный панкреонекроз, абсцесс поджелудочной железы). **Операция** в таких случаях выполняется в кратчайшие сроки после диагностики гнойных осложнений (они развиваются нередко на 15-21 сутки от начала заболевания).

2.6.4. **Ферментативный панкреатит не является показанием к оперативному лечению.** **Эвакуацию жидкости** из брюшной полости **проводят** путем лапароскопии, лапароцентеза или под контролем УЗИ с последующим дренированием брюшной полости.

2.6.5. **При инфицированном панкреонекрозе** выполняются следующие **виды операций**:

2.6.5.1. Панкреатонексеквестрэктомия с закрытым дренированием;

2.6.5.2. Панкреатонексеквестрэктомия с дренированием и пролонгированной ирригацией;

2.6.5.3. Панкреатонексеквестрэктомия с лапаростомией;

2.6.5.4. Программированная релапаротомия с секвестрэктомией;

2.6.5.5. Программированная прямая панкреатоскопия с панкреатонексеквестрэктомией;

2.6.5.6. **Редко** - различные виды резекции железы и другие операции.

При необходимости данные операции сопровождаются оперативными вмешательствами на желчных путях, спленэктомией, люмботомией и другими операциями.

2.7. **При панкреатогенном абсцессе** выполняются следующие основные **виды оперативных вмешательств**:

2.7.1. Различные виды эндоскопических и малоинвазивных дренирующих операций;

2.7.2. Вскрытие абсцесса традиционным (открытым) методом с закрытым дренированием;

2.7.3. Вскрытие и дренирование абсцесса с ирригационной системой;

2.7.4. Программированная прямая панкреатоскопия с некрсеквестрэктомией и другие **виды оперативных вмешательств**.

3. Средняя длительность пребывания больных острым панкреатитом в хирургическом стационаре:

3.1. Острый панкреатит легкий (отечная форма) – не оперирован: 5-7 дней.

3.2. Панкреонекроз: продолжительность лечения индивидуальна в зависимости от характера течения болезни и наличия осложнений.

4. Исход заболевания:

4.1. Восстановление здоровья;

4.2. В отдельных случаях возможны:

4.2.1. развитие нового заболевания, связанного с основным,

4.2.2. инвалидность,

4.2.3. летальный исход.

Заключение

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

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

В «Клинических протоколах диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями» (Приказ № 549 от 27. 09. 2005 года, приложение 8) перечень медикаментов, используемых при консервативном лечении больных, проведении предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде, приведен в соответствии Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 43 от 17