



ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

## П Р И К А З

13.02.2017

№ 83

**Об утверждении Инструкции  
по диагностике и лечению  
острых хирургических заболеваний  
органов брюшной полости  
в медицинских организациях  
государственной системы  
здравоохранения города Москвы**

В целях дальнейшего совершенствования организации оказания хирургической помощи, повышения качества диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Инструкцию по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы (далее – Инструкция) в соответствии с приложением.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы обеспечить работу по вопросам диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в вверенных медицинских организациях в соответствии с утвержденной Инструкцией.

3. Главному внештатному специалисту хирургу Департамента здравоохранения города Москвы **А.В.Шабунину** обеспечить организационно-методический контроль за выполнением требований Инструкции при организации оказания помощи пациентам с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы.

4. Признать утратившими силу приказы Департамента здравоохранения города Москвы:

- от 13 апреля 2011 г. № 320 «О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в лечебно-профилактических учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы»;

- от 22 апреля 2005 г. № 181 «О единой тактике диагностики и лечения острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в лечебных учреждениях Департамента здравоохранения города Москвы».

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Е.Ю.Хавкину**.

**Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы**

**А.И.Хрипун**

Приложение  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от « 13 » 01 2017 г. № 83

ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ  
ОРГАНИЗАЦИЯХ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**СОДЕРЖАНИЕ.**

1. Острый панкреатит .....	стр. 3
2. Перитонит.....	стр. 8
3. Аппендицит.....	стр. 11
4. Ущемленная грыжа.....	стр. 13
5. Перфоративная гастродуоденальная язва .....	стр. 16
6. Острый холецистит.....	стр. 19
7. Механическая желтуха неопухолевого генеза.....	стр. 22
8. Механическая желтуха опухолевого генеза.....	стр. 25
9. Острая неопухолевая кишечная непроходимость.....	стр. 28
10. Острая опухолевая кишечная непроходимость.....	стр. 31
11. Кровоточащие гастродуоденальные язвы.....	стр. 34
12. Приложения .....	стр. 38

## ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит (ОП) – острое хирургическое заболевание, в основе которого лежит первичный асептический некроз ткани поджелудочной железы (далее по тексту ПЖ), вызывающий при деструктивных формах тяжёлый эндотоксикоз, ответную местную и системную воспалительную реакцию, органную и полиорганную дисфункции с возможным развитием инфицированного панкреонекроза (ПН).

Шифр по МКБ – 10 K85.

Классификация:

Международная классификация острого панкреатита (ОП) (разработана с учётом классификации «Атланта-1992», Российских клинических рекомендаций и рекомендаций Международной рабочей группы по классификации ОП «APC WG» от 2012 г.):

Морфология: отёчный и деструктивный.

Степень тяжести: ОП лёгкой степени (отсутствует полиорганная недостаточность); ОП средней степени (транзиторная полиорганная недостаточность – до 48 часов); ОП тяжёлой степени (персистирующая полиорганная недостаточность – более 48 часов).

Распространённость процесса:

1. Мелкоочаговый ПН (объём поражения ПЖ по данным УЗИ и КТ <30%);
2. Среднеочаговый ПН (объём поражения ПЖ по данным УЗИ и КТ от 30 до 50%);
3. Крупноочаговый ПН (объём поражения ПЖ по данным УЗИ и КТ >50%).

Формы панкреонекроза (ПН): стерильный или инфицированный.

По локализации процесса в ПЖ: головка (правый тип), тело (центральный тип), хвост (левый тип), их сочетания (смешанный тип).

Этиологические формы ОП: острый алкогольно-алиментарный панкреатит; острый билиарный панкреатит; острый посттравматический панкреатит.

Другие этиологические факторы ОП: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, воздействие лекарственных препаратов, инфекционные заболевания, аллергические факторы, дисгормональные процессы при беременности и менопаузе.

Осложнения: острое жидкостное скопление, псевдокиста ПЖ, перипанкреатический инфильтрат, абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства, распространённый гнойно-некротический парапанкреатит; экстрапанкреатические осложнения (ферментативный перитонит, механическая желтуха, панкреатический свищ, аррозивное кровотечение, кишечный свищ, гнойный перитонит, сепсис).

Отёчный (интерстициальный) панкреатит характеризуется лёгкой степенью тяжести заболевания и редким развитием локальных осложнений или системных расстройств (фазового течения не имеет).

Некротический панкреатит (панкреонекроз - ПН) проявляется средней или тяжёлой степенью тяжести заболевания (имеет фазовое течение).

I фаза – ранняя (подразделяется на два периода – IA и IB):

IA - первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме ПЖ и окружающей клетчатке, развитие эндотоксикоза. От конфигурации панкреонекроза (типа локализации и глубины некротического процесса, его отношения к главному панкреатическому протоку) и объёма оставшейся жизнеспособной паренхимы ПЖ зависят: масштаб и скорость распространения патологических изменений в парапанкреатической клетчатке, формирование жидкостных образований в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития других осложнений. Эндотоксикоз проявляется лёгкими или глубокими системными нарушениями в виде органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в ПЖ обычно составляет 3 суток.

IB - вторая неделя заболевания. Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся в ПЖ и парапанкреатической клетчатке очаги некроза. Клинически преобладают явления резорбтивной лихорадки, формируется парапанкреатический инфильтрат.

II фаза – поздняя. Фаза секвестрации - начинается с 3 недели заболевания, может длиться несколько месяцев.

Возможно два варианта течения этой фазы:

- асептическая секвестрация или стерильный ПН характеризуются образованием изолированных скоплений жидкости в области ПЖ и постнекротических псевдокист, отграниченных секвестров ПЖ и забрюшинной клетчатки;

- септическая секвестрация - возникает при инфицировании некроза паренхимы ПЖ и парапанкреатического инфильтрата с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный ПН, который может быть отграниченным (абсцесс) или неотграниченным (гнойно-некротический парапанкреатит).

Догоспитальный этап.

Основная задача заключается в экстренной госпитализации в многопрофильный стационар. Начало заболевания определяется по времени появления болевого абдоминального синдрома. При выраженном болевом синдроме целесообразно применение спазмолитических и нестероидных противовоспалительных препаратов, при признаках гиповолемии и шока - комплексной консервативной терапии. Пациенты в тяжёлом состоянии госпитализируются в отделение реанимации.

Госпитальный этап.

При формировании диагноза проводится стратификация ОП по этиологическому фактору, тяжести состояния, распространённости, локализации и характеру поражения.

К обязательным методам обследования относятся общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, рентгеновское исследование брюшной полости и грудной клетки, УЗИ, ЭГДС, КТ с внутривенным контрастированием.

Дополнительные методы применяются по показаниям: МРТ, МРХПГ, Эндо-УЗИ, лапароскопия.

Основание для установления диагноза ОП - сочетание минимум двух из следующих признаков: типичная клиническая картина, гиперферментемия, характерные признаки ОП по данным УЗИ.

Критерии первичной экспресс-оценки тяжести: перитонеальный синдром; олигурия; снижение систолического АД <100 мм. рт. ст.; энцефалопатия; уровень гемоглобина >160 г/л; количество лейкоцитов >14x10<sup>9</sup>/л или <4x10<sup>9</sup>/л; уровень глюкозы крови >10 ммоль/л; уровень мочевины >12 ммоль/л; метаболические нарушения по данным ЭКГ; вишнёвый или коричнево-чёрный цвет ферментативного эксудата, полученного при лапароскопии или пункции жидкостного скопления; выявление распространённого парапанкреатита; неэффективность базисной терапии.

Отсутствие вышеперечисленных признаков указывает на лёгкую степень тяжести. Пациенты с лёгкой степенью тяжести ОП госпитализируются в хирургическое отделение. Наличие 2-4 – свидетельствует в пользу ОП средней степени тяжести. При наличии минимум 5 - вероятность тяжёлой степени тяжести ОП достигает 95%. Больные со средней или тяжёлой степенью тяжести ОП госпитализируются в реанимационное отделение.

В дальнейшем для определения степени тяжести ОП и прогноза развития заболевания целесообразно применение систем SOFA, SAPS, интегральной системы оценки тяжести состояния APACHE-II (Приложение № 1).

Диагностические критерии ОП тяжёлой степени тяжести в позднюю фазу с септическими осложнениями: прогрессирование клинико-лабораторных показателей синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) на 3 неделе заболевания; ухудшение состояния больного по интегральным шкалам; КТ-признаки нагноения; положительные результаты бактериоскопии и бактериологического исследования.

Один из основных методов диагностики ОП - КТ с болюсным контрастированием. Оптимальные сроки выполнения КТ - 2-3 сутки от начала заболевания (либо сразу после поступления в стационар при более позднем обращении), а затем через 7-10 суток или накануне хирургического вмешательства по показаниям.

Лечение:

Лёгкая степень тяжести ОП (базисная терапия).

1. Инфузионная терапия; 2. Обезболивание - нестероидные противовоспалительные препараты; 3. Спазмолитики; 4. Ингибиторы протонной помпы.

Лечение ОП средней и тяжёлой степени тяжести.

1. Базисная терапия (инфузионная терапия 5-10 мл/кг/час в первые 12 часов – в зависимости от возраста, коморбидности, диуреза, ЦВД, Нt); 2. Аналгезия (НПВС, эпидуральный блок, наркотические анальгетики); 3. Коррекция гипоксии и нарушений микроциркуляции; 4. Коррекция центральной гемодинамики; 5. Профилактика респираторных нарушений; 6. Детоксикация (инфузионная терапия, форсированный диурез); 7. Спазмолитики, М-холинолитики; 8. Стимуляция кишечника; 9. Энтеральная и парентеральная нутритивная поддержка; 10. Антибактериальная терапия – при наличии признаков инфицирования и инфекционных осложнений; 11. Профилактика синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). 12. Декантоминация кишечника; 13. Применение препаратов соматостатина - по показаниям; 14. Применение экстракорпоральных методов детоксикации – по показаниям.

Хирургическое лечение.

Хирургические вмешательства в раннюю фазу ограничиваются малоинвазивными манипуляциями: чрескожной пункцией и/или дренированием острых жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства, эндоскопическим стентированием панкреатического протока, декомпрессией билиарного тракта при помощи ЭПСТ или дренирования под контролем УЗИ (при нарастании механической желтухи и явлениях холангита), лапароскопией. Применение лапаротомного вмешательства показано при развитии осложнений, которые невозможно устранить миниинвазивными технологиями.

Вмешательства, направленные на купирование синдрома интраабдоминальной гипертензии (далее по тексту СИАГ), следует проводить на основании решения консилиума у больных, рефрактерных к консервативной терапии и декомпрессии желудочно-кишечного тракта, с внутрибрюшным давлением >25 мм. рт. ст. и с признаками полиорганной недостаточности. Целесообразно выполнять эвакуацию ферментативного выпота из брюшной полости под контролем УЗИ или лапароскопии.

Показанием к чрескожному дренированию острых жидкостных скоплений под УЗ-наведением служат увеличение их объёма в динамике и признаки инфицирования. Лапаротомный или люмботомический доступы используются в исключительных случаях при невозможности применения миниинвазивных вмешательств.

При наличии гнойных деструктивных осложнений показано хирургическое лечение. Оптимальная лечебная тактика для подтверждённого инфицированного ПН - этапный способ хирургического лечения с использованием на первом этапе миниинвазивных вмешательств.

Абсцесс сальниковой сумки и забрюшинного пространства - показание к применению пункционно-дренирующего способа под контролем УЗИ.

Секвестрэктомия - основной способ санации гнойно-некротических очагов. Хирургическую секвестрэктомию желательно отсрочить до 3-4 недель от начала заболевания. Возможно применение различных способов секвестрэктомии: транслюминального, пункционно-дренирующего, ретроперитонеоскопического, лапаротомного, комбинированного.

Использование лапаротомного вмешательства целесообразно в случаях значительной распространённости патологического процесса или при невозможности применения миниинвазивных способов для достижения санации очагов деструкции. Выбор доступа (лапаротомия, люмботомия, их сочетание) зависит от типа панкреонекроза и его распространённости. Объём операции - секвестрэктомия. Способ завершения операции определяется адекватностью секвестрэктомии - "закрытое" или "открытое" (оментобурсостомия) дренирование. Одна из основных задач хирургического вмешательства - отграничение свободной брюшной полости от забрюшинного пространства. Выполнение ревизий и этапных секвестрэктомий через свободную брюшную полость нецелесообразно. Контроль за эффективностью дренирования проводится при помощи динамических КТ с внутривенным контрастированием, УЗИ и фистулографии. Показания к повторным ревизионным вмешательствам определяются клинической картиной и данными инструментальных методов диагностики.

Билиарный панкреатит (БП). Интенсивный и некупируемый болевой синдром, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ и/или МРХПГ, гиперамилаземия, гипербилирубинемия, повышение трансаминаз, отсутствие желчи в ДПК при ЭГДС - свидетельствуют о наличии вклиненного камня БДС. В этом случае пациент нуждается в экстренном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока. Операция выбора - ЭПСТ с литоэкстракцией. Экстренное эндоскопическое вмешательство следует проводить в течение 4-6 часов с момента поступления больного. Возможно завершение ЭПСТ стентированием желчного и панкреатического протоков.

Холецистэктомия в случае ОП лёгкой степени тяжести может проводиться после купирования острых явлений в течение той же госпитализации. У пациентов с ОП средней или тяжёлой степени тяжести холецистэктомию целесообразно отсрочить до разрешения острых воспалительных явлений в сроки до 6-8 недель после выписки.

Постгоспитальный этап.

Операции у пациентов с поздними осложнениями тяжёлого панкреатита (псевдокисты, панкреатические свищи и др.) отличаются сложностью предоперационной подготовки, техническими трудностями, наличием особенностей послеоперационного ведения. Данные операции следует проводить в специализированных лечебных учреждениях.



## ПЕРИТОНИТ

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

Шифр по МКБ – 10: К 65.0, К 65.8.

### Классификация.

1. Первичный перитонит – возникает при попадании микрофлоры в брюшную полость гематогенным или лимфогенным путем.

2. Вторичный перитонит – это осложнение хирургических заболеваний органов брюшной полости и после повреждений при абдоминальной или сочетанной травме.

3. Третичный перитонит – в результате транслокации бактерий в брюшную полость у ослабленных пациентов, перенесших тяжелые операции и травмы, с выраженным истощением механизмов противоинфекционной защиты.

По причинам возникновения перитонит подразделяется на травматический, послеоперационный, перфоративный, воспалительный (вызванный распространением воспалительного процесса из органов и тканей брюшной полости и забрюшинного пространства).

По распространенности воспалительного процесса:

1. Местный перитонит (занимает до двух из девяти анатомических областей брюшной полости)

- отграниченный
- неотграниченный

2. Распространенный перитонит (занимает три и более анатомических области живота):

- диффузный (выходит за пределы зоны воспаления и охватывает от трех до пяти анатомических областей брюшной полости).

- разлитой (занимающий более пяти анатомических областей или всю брюшную полость).

По фазам течения:

- реактивная – отсутствие сепсиса
- токсическая – сепсис
- терминальная – тяжелый сепсис

По характеру экссудата:

- по форме воспаления: серозный, серозно-фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный;

- по характеру примесей: желчный, ферментативный (панкреатогенный), геморрагический, каловый, асцит (асцит-перитонит) и т.д.

### Осложнения.

Сепсис, септический шок, синдром интраабдоминальной гипертензии (СИАГ). Внутрибрюшные гнойные осложнения, раневая

инфекция, инфекции верхних и нижних дыхательных путей, ангиогенная инфекция, уроинфекция.

Всем больным с перитонитом показана экстренная госпитализация в хирургический стационар. Больные в тяжелом состоянии госпитализируются в отделение реанимации, минуя приемный покой с одновременным проведением противошоковых мероприятий.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, Биохимический анализ крови, группа крови и Rh-фактор, коагулограмма, ЭКГ, рентгенография брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки.

Дополнительные исследования: ЭГДС, УЗИ, КТ.

Госпитальный этап.

Общие принципы лечения перитонита заключаются в ликвидации источника перитонита, санации брюшной полости, хирургическом лечении основного заболевания, ликвидации септического шока и полиорганной недостаточности, лечение сепсиса. При этом необходимо учитывать особенности конкретной нозологии, которая послужила причиной развития перитонита (смотри соответствующие разделы) и динамику местного и системного воспалительного процесса.

Хирургическая тактика предусматривает экстренное хирургическое вмешательство как основной метод лечения перитонита. При тяжелом состоянии больного необходимо проведение предоперационной подготовки в реанимации, блоке интенсивной терапии или в операционной. В этих случаях тактика определяется индивидуально решением консилиума в составе хирурга, реаниматолога, анестезиолога.

В качестве основного метода анестезии используется общая анестезия.

Выбор хирургического доступа определяется в зависимости от нозологической формы, тяжести состояния больного, распространенности и формы перитонита, а также уровня подготовки операционной бригады. Предпочтение следует отдавать лапаротомии. Возможно использование лапароскопического доступа.

При необходимости выполнения резекции кишечника в условиях распространенного гнойного перитонита, предпочтение следует отдавать формированию стомы, а не межкишечного анастомоза. Допустимо выполнение обструктивной резекции участка кишки, с обязательной декомпрессией проксимальных отделов ЖКТ.

Показаниями к интубации тонкой кишки служит паретическое состояние тонкой кишки (более 4-5 см), отёк ее стенки. Не следует стремиться интубировать всю тонкую кишку. Срок удаления интестинального зонда зависит от дебета и характера отделяемого и восстановления моторики кишки, но не позже 4-5 суток.

Показания к лапаростомии ограничены. Лапаростомия допустима в индивидуальных случаях, которые устанавливаются интраоперационно

(невозможность ушить переднюю брюшную стенку, риск развития компартмент-синдрома, неэффективность санационных релапаротомий).

В этапном лечении перитонита возможно использование герметичных вакуумных систем (VAC системы).

Решение о повторных (программных) ревизиях брюшной полости определяется на основании многофакторной интраоперационной оценки хирургической ситуации в зависимости от формы, источника и распространенности перитонита. Рекомендуемый интервал между программными релапаротомиями 24-48 часов. Возможно использование лапароскопических санаций.

Показаниями к повторной лапаротомии «по требованию» служат прогрессирование перитонита, нарастание пареза кишечника или возникновение других осложнений.

Решение о дренировании брюшной полости и сроках удаления дренажей принимается индивидуально в зависимости от нозологии послужившей причиной перитонита и динамики течения воспалительного процесса.

Решение о способе ушивания передней брюшной стенки выбирается индивидуально с учетом конкретной клинической ситуации (послойное ушивание, ушивание только кожи, использование сетчатых имплантов или иных устройств).

Для объективизации показаний к релапаротомии либо к ее прекращению возможно использование алгоритмов интегральной оценки характера и объема поражения органов брюшной полости, таких как Мангеймский индекс перитонита (МИП) (Приложение № 2), прогностический индекс релапаротомии (Приложение № 3), критерии интраоперационной оценки характера поражения органов брюшной полости при перитоните (Приложение № 4), интегральную систему оценки тяжести состояния APACHE II (Приложение № 1).

Антибактериальная терапия должна начинаться в предоперационном периоде и предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия и обязательно корректироваться с учетом посевов и чувствительности микрофлоры.

Лечение больных с распространенными формами перитонита необходимо проводить в условиях реанимационного отделения с применением всего современного лечебно-инструментального комплекса, включая комплексный мониторинг, протезирование жизненно-важных функций организма и экстракорпоральные методы детоксикации.

## АПЕНДИЦИТ

Острый аппендицит - острое неспецифическое воспаление червеобразного отростка.

Код по МКБ – 10: К 35

Классификация.

Клинико-морфологические формы: 1) Катаральный аппендицит, 2) Флегмонозный аппендицит, 3) Гангренозный аппендицит.

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

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию больного в хирургический стационар.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh-фактора, ЭКГ, рентгеноскопия легких, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, коагулограмма, КТ органов брюшной полости с пероральным и/или внутривенным контрастированием, консультация гинеколога.

Хирургическая тактика предусматривает экстренное хирургическое пособие, как основной метод лечения острого аппендицита. Все больные острым аппендицитом подлежат оперативному вмешательству не позднее двух часов от момента установления диагноза. Исключение может быть связано с занятостью операционной и хирургической бригады, но не более 6-8 часов с аргументированным обоснованием причин задержки в медицинской документации (при отсутствии у больного клинических явлений перитонита). Тактика ведения беременных с острым аппендицитом не отличается от общепринятой. Решение о проведении операции принимается консилиумом совместно с акушером-гинекологом.

В случае, если невозможно исключить острый аппендицит при осуществлении динамического наблюдения, показано выполнение КТ с внутривенным болюсным контрастированием. При сохраняющихся сомнениях в диагнозе, после динамического наблюдения и комплексного обследования больного, показана диагностическая лапароскопия или лапаротомия.

Наиболее целесообразный вид анестезиологического пособия при аппендэктомии - общая анестезия.

При отсутствии противопоказаний необходимо проведение антибиотикопрофилактики во время вводного наркоза и продолжение антибиотикотерапии в послеоперационном периоде при осложненных формах.

Лапароскопическая аппендэктомия является «золотым стандартом» в лечении острого аппендицита. Выполнение оперативного вмешательства при

остром аппендиците возможно и из лапаротомного доступа. Относительными противопоказаниями для выполнения лапароскопической аппендэктомии могут служить: инфильтрат, абсцесс, распространенный перитонит.

Методом выбора является трехпортовая лапароскопическая аппендэктомия. Техника предполагает обработку культи отростка двумя лигатурами с формированием простых узлов или двумя петлями Редера без её перитонизации. Мобилизация червеобразного отростка производится с помощью биполярной электро- или ультразвуковой коагуляции. В случае наличия выраженных воспалительных изменений купола слепой кишки целесообразно пересечение основания червеобразного отростка сшивающим аппаратом. Червеобразный отросток извлекается из брюшной полости в контейнере.

Тактика при аппендикулярном инфильтрате и абсцессе.

Всем пациентам с аппендикулярным инфильтратом показана госпитализация и проведение консервативной терапии. Выполняются ультразвуковое исследование в динамике, компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием с целью исключения абсцедирования. После разрешения инфильтрата плановое хирургическое лечение выполняется не ранее чем через 3 месяца с предварительным проведением колоноскопии.

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

В случаях абсцедирования аппендикулярного инфильтрата, подтвержденного данными УЗИ или компьютерной томографии, показано дренирование абсцесса под контролем УЗИ. При невозможности дренирования под ультразвуковым контролем вскрытие абсцесса целесообразно выполнять внебрюшинным доступом.

Тактика при выявлении катарального аппендицита.

При выявлении катарального аппендицита показана ревизия органов брюшной полости и органов малого таза для выявления первичного воспалительного процесса. При отсутствии другой острой хирургической патологии катарально изменённый червеобразный отросток должен быть удалён.

В случаях, когда в ходе операции обнаружен неизменённый червеобразный отросток, аппендэктомия не проводится. Выяснение причины симптомов экстренного хирургического состояния должно быть продолжено и в послеоперационном периоде.

В послеоперационном периоде проводится профилактика тромбоэмболических осложнений и стрессовых язв. Обязательным является выполнение в динамике общего анализа крови, мочи, по показаниям - контрольного УЗИ.

## УЩЕМЛЕННАЯ ГРЫЖА

Ущемленная грыжа - внезапное или постепенное сдавление какого-либо органа брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения и, в конечном итоге, к некрозу. Ущемляются как наружные (в дефектах стенок живота и тазового дна), так и внутренние (в карманах брюшной полости и отверстиях диафрагмы) грыжи.

Код по МКБ – 10: K40-K46

### Классификация

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

По механизму ущемления: эластическое, каловое.

Особые виды ущемления: ретроградное (W-образное); пристеночное (рихтеровское); грыжа Литтре (ущемлённый дивертикул Меккеля). Осложнения: острая кишечная непроходимость (далее в тексте ОКН), некроз ущемленного органа, перитонит, флегмона грыжевого мешка. Возможно развитие и нескольких осложнений.

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию в хирургический стационар всех больных с подозрением на ущемленную грыжу. В случае самостоятельного вправления грыжи (на любом из этапов), больной подлежит госпитализации в хирургическое отделение и наблюдению в стационаре.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh-фактора. ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, коагулограмма, обзорная рентгенограмма брюшной полости, УЗИ, ЭГДС, колоноскопия, КТ с пероральным и болюсным контрастированием.

Общие принципы хирургического лечения пациентов с ущемленными грыжами заключаются в экстренном оперативном вмешательстве и ликвидации осложнений.

Хирургическая тактика предусматривает экстренное хирургическое вмешательство, как основной метод лечения диагностированной ущемленной грыжи независимо от срока ущемления, вида и места локализации. При стабильном состоянии больного направляют в операционную сразу же с момента установления диагноза. Больным с выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано проведение кратковременной (не более 2 часов) предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии, реанимационного отделения или в операционной. Вопрос о готовности больного к хирургическому вмешательству решается консилиумом в составе ответственного хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

Обязательно проводится предоперационная антибиотикопрофилактика антибиотиком широкого спектра действия. При неосложненной ущемленной грыже достаточно однократного внутривенного введения антибиотика.

В качестве анестезиологического пособия наиболее целесообразным видом анестезиологического пособия является общая анестезия.

В любых диагностически неясных случаях, (в том числе - невричная грыжа, многокамерная послеоперационная грыжа, кишечная непроходимость в грыжевом мешке) после осмотра ответственным хирургом, больного госпитализируют в хирургическое отделение или реанимацию для наблюдения с одновременным проведением специальных методов обследования (полипозиционная, многопроекционная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания, КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием) и подготовкой к возможному оперативному вмешательству при отсутствии явных признаков ущемления. Время проведения мероприятий, отведенных на дополнительную диагностику не должно превышать 4-х часов от момента поступления.

Если у больного после самостоятельного вправления грыжи, отмечается отрицательная динамика, показана экстренная лапароскопия. Экстренная диагностическая лапароскопия, при несомненной жизнеспособности ущемленного органа, может быть завершена ликвидацией ущемления и видеоэндоскопической пластикой грыжевых ворот.

При невозможности исключить ущемленную грыжу показано выполнение оперативного вмешательства лапароскопическим или лапаротомным способом.

Во всех сложных случаях, не отмеченных в данном разделе, хирургическая тактика объём операции определяются индивидуально решением консилиума.

Оперативное пособие при неосложнённой ущемленной грыже сводится к герниотомии с герниопластикой, выполняемой лапароскопическим или лапаротомным способом. Пластика грыжевых ворот может быть выполнена местными тканями, или «ненатяжным» способом с использованием сетчатого трансплантата. Выбор метода пластики грыжевых ворот при ущемленных грыжах индивидуален, однако предпочтение следует отдавать «ненатяжным» способам. При гигантских послеоперационных грыжах, если фасциальное закрытие невозможно из-за компартмент-синдрома или тяжести состояния больного, ушивается только кожа (объективным критерием контроля служит уровень внутрибрюшного давления).

При некрозе ущемленного органа допустима его резекция из герниолапаротомного доступа (в зависимости от объема планируемого вмешательства и тяжести состояния пациента), после чего осуществляют пластику грыжевых ворот. Выполнение резекции кишки лапаротомным доступом при ущемленной грыже выполняется в случае: 1). Необходимости дополнительной ревизии брюшной полости, 2). Необходимости выполнения

назоинтестинальной интубации по поводу острой кишечной непроходимости, 3). Резекции протяженного участка кишки, 4). Необходимости санации брюшной полости при перитоните. Резекция кишки независимо от протяженности измененного её участка должна производиться в пределах здоровых тканей. Резекции подлежат 30-40 см. приводящего и не менее 15- 20 см. отводящего отрезков тонкой кишки от видимых макроскопически изменённых тканей кишечной трубки.

При ущемленных грыжах, осложненных флегмоной грыжевого мешка, операцию начинают с лапаротомного («чистого») этапа. Производят ревизию органов брюшной полости устанавливают характер ущемления. При ущемлении кишки пересекаются приводящий и отводящий ее отделы по отношению к грыжевому мешку. Пересеченные концы кишки, идущие к грыжевому кольцу, ушивают наглухо. Решение о формировании анастомоза, либо выведении стомы, а также выполнение назоинтестинальной интубации принимается в каждом случае индивидуально, в зависимости от интраабдоминальной ситуации и тяжести состояния пациента. После завершения лапаротомного этапа, производится рассечение тканей над грыжевым выпячиванием. Вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат и некротизированный орган. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции не производится, рана ведется вторичным заживлением.

В случае осложнения ущемленной грыжи острой кишечной непроходимостью или перитонитом, объем оперативного вмешательства должен соответствовать правилам, изложенным в разделах для соответствующих заболеваний (ОКН, перитонит).

После оперативного вмешательства по поводу осложненной ущемленной грыжи и/или при наличии тяжелой сопутствующей соматической патологии лечение в ближайшем послеоперационном периоде должно проводиться в условиях реанимационного отделения до стабилизации состояния с последующим переводом в хирургическое отделение.

Антибактериальная терапия в послеоперационном периоде предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия и обязательно должна корректироваться с учетом посевов и чувствительности микрофлоры к антибиотикам. В обязательном порядке проводится профилактика тромбоэмболических осложнений, назначаются ингибиторы протонной помпы.

В случае выполнения назоинтестинальной интубации, срок удаления зонда определяется в зависимости от дебета и характера отделяемого, но не позднее 4-5 суток после установки зонда.

В послеоперационном периоде в динамике выполняется общий анализ крови, мочи, а по показаниям - контрольное УЗИ.



## ПЕРФОРАТИВНАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА

Перфоративная гастродуоденальная язва – это нарушение целостности стенки желудка, двенадцатиперстной кишки как ургентное осложнение острой или хронической язвы и истечение содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство или плевральную полость.

Шифр по МКБ – 10: К 25, К 26, К 28.

Классификация:

По этиологическому принципу:

1. Перфорация хронической язвы (язвенная болезнь).
2. Перфорация острой язвы.

По локализации перфоративных отверстий:

1. Желудок.
2. Пилородуоденальная зона.
3. 12-перстной кишки.
4. Сочетанные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

По наличию осложнений язвенного процесса:

1. Кровотечение.
2. Стеноз.
3. Пенетрация.

По клиническим формам (типам перфорации):

1. Перфорация в свободную брюшную полость.
2. Прикрытая перфорация.
3. Атипичная перфорация (в забрюшинное пространство, сальниковую сумку, в плевральную полость).

По наличию осложнений перфорации:

1. Перитонит.
2. Абсцессы брюшной полости.
3. Сепсис.
4. Полиорганная недостаточность (вид недостаточности, степень, оценка в баллах).

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию больного в хирургический стационар.

Больные в тяжелом состоянии госпитализируются в отделения реанимации, минуя приемное отделение, с одновременным проведением противошоковых мероприятий.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и Rh-фактора; ЭКГ, рентгенография брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки.

Дополнительные исследования: коагулограмма, ЭГДС, УЗИ, КТ.

При перфоративных гастродуоденальных язвах необходимо дифференцировать острые и хронические язвенные процессы, поскольку эти особенности могут повлиять на выбор хирургической тактики. Сочетание кровотечения с перфорацией часто «сглаживает» перитонеальную симптоматику. Сочетание перфорации со стенозом исключает возможность простого ушивания перфоративного отверстия. Прободение гигантской пенетрирующей язвы существенно меняет прогноз и требования к объему операции.

При сомнительной клинической картине перфорации полого органа возможно применение следующего алгоритма: выполняется полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости с целью выявления свободного газа (у тяжелых больных - латерограмма). При отсутствии рентгенологических признаков пневмоперитонеума и необходимости уточнения диагноза выполняется эзофагогастродуоденоскопия (далее по тексту ЭГДС). Это позволяет обнаружить язвенный дефект, выявить признаки перфорации, обнаружить сопутствующие осложнения (кровотечение, стеноз пилоробульбарной зоны). Повторное полипозиционное рентгенологическое исследование, выполненное после ЭГДС, позволяет выявить свободный газ, что является показанием к операции. При отсутствии свободного газа в брюшной полости, но при сохраняющихся подозрениях на перфорацию полого органа, показано выполнение диагностической лапароскопии, которая может быть трансформирована в лечебную операцию.

В неясных ситуациях, при условии стабильного состояния больного, возможно выполнение КТ брюшной полости с пероральным контрастированием.

В качестве основного метода обезболивания используется общая анестезия.

Общие принципы хирургического лечения перфоративной язвы заключаются в экстренном оперативном вмешательстве, лечении основного заболевания и ликвидации осложнений.

Хирургическая тактика предусматривает экстренное хирургическое пособие, как основной метод лечения прободной гастродуоденальной язвы. При стабильном состоянии больного направляют в операционную сразу же с момента установления диагноза. Больным с выраженными явлениями интоксикации, синдромными расстройствами и с тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано проведение (не более 4 часов) предоперационной подготовки в условиях блока интенсивной терапии, реанимационного отделения или в операционной. В этом случае вопрос о возможности и времени проведения хирургического вмешательства решается консилиумом с ответственным хирургом и анестезиологом - реаниматологом.

Выполнение оперативного вмешательства при перфоративной гастродуоденальной язве возможно как из лапаротомного доступа, так и лапароскопическим способом. Критериями отбора пациентов к

лапароскопическому ушиванию перфорации являются: 1) Наличие перфорации в пилородуоденальной зоне размерами до 1,0 см без выраженного перифокального воспалительного инфильтрата, 2) Отсутствие других осложнений язвенной болезни (стеноз, кровотечение, пенетрация), 3) Менее 12 часов от момента перфорации, 4) Отсутствие клинических проявлений шока, тяжелой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности. Во всех других случаях вмешательство выполняется из лапаротомного доступа.

Перед лапароскопическим ушиванием во время проведения операции пациентам целесообразно выполнение ЭГДС для уточнения истинных размеров язвенного поражения и исключения стеноза пилородуоденальной зоны, а также для исключения иных осложнений (кровотечения, пенетрации).

При неосложненной перфорации пилородуоденальной зоны операцией выбора является ушивание язвенного дефекта.

У больных с осложненными пилородуоденальными язвами, при стабильном состоянии, отсутствии признаков разлитого гнойно-фибринозного перитонита и тяжелой сопутствующей патологии возможно проведение органосохраняющих вмешательств (иссечение с пилоропластикой, дренирующие операции в сочетании с ваготомией).

В исключительных случаях, при невозможности ушивания перфоративного отверстия язвы ДПК, допустимо выполнение резекции желудка как вынужденного и единственно возможного способа хирургического лечения.

Во всех сложных и нестандартных случаях, хирургическая тактика и объём операции определяются коллегиально решением консилиума в составе ответственного хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

Санация брюшной полости проводится в зависимости от распространенности перитонита и в соответствии с принципами, изложенными в разделе «Перитонит».

Антибиотикопрофилактика при перфоративной гастродуоденальной язве должна начинаться непосредственно перед операцией. Антибактериальная терапия предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия и обязательно должна корректироваться с учетом посевов и чувствительности микрофлоры. Противоязвенная терапия включает в себя внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (ИПП) с последующим переводом на таблетированные формы сроком до 4-6 недель. В обязательном порядке проводится профилактика тромбоэмболических осложнений.

В послеоперационном периоде возможна декомпрессия желудка. Антихеликобактерная терапия проводится по показаниям, исключая перфорации, связанные с приемом НПВС.

В послеоперационном периоде в динамике выполняется общий анализ крови, мочи, а по показаниям - контрольное УЗИ и ЭГДС.

## ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит - воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией. Прогрессирующее течение острого холецистита и возникновение его осложнений чаще всего обусловлено нарастающей гипертензией в желчном пузыре и нарушением кровообращения в его стенке.

Коды по МКБ -10: K80, K81, K81.0.

### Классификация.

- I. По этиологии: калькулёзный; бескаменный; паразитарный.
- II. По патогенезу: обтурационный; ферментативный; сосудистый.
- III. Клинико-морфологические формы:
  - 1) Катаральная форма;
  - 2) Деструктивные формы: флегмонозный; гангренозный; перфоративный.

К осложнениям острого холецистита относятся: перивезикальный инфильтрат, перивезикальный абсцесс, перфорация желчного пузыря, перитонит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, билиарный панкреатит, наружный или внутренний желчный свищ, синдром Мириizzi.

Догоспитальный этап при остром холецистите предусматривает экстренную госпитализацию в хирургический стационар.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ брюшной полости.

Дополнительные исследования: коагулограмма, ЭГДС, МРТ, МРХПГ, КТ.

Хирургическая тактика при остром холецистите зависит от степени тяжести состояния пациента, сроков заболевания, выраженности воспалительного процесса, наличия патологии желчных протоков, коморбидности и эффективности проводимой консервативной терапии.

Больные с острым холециститом в состоянии лёгкой и средней степени тяжести госпитализируются в хирургическое отделение, в тяжёлом состоянии – в отделение реанимации.

Всем больным с признаками острого холецистита проводится консервативное лечение (инфузионная и спазмолитическая терапия, НПВС). Эффективность проводимой консервативной терапии в течение 12-24 часов определяет дальнейшую лечебную тактику.

В случаях купирования клиники острого холецистита на фоне консервативной терапии в течение 24 часов, хирургическое лечение в плановом порядке может быть проведено в данную госпитализацию.

В качестве основного метода обезболивания применяется общая анестезия.

Больные с признаками острого деструктивного холецистита сроком заболевания до 72 часов подлежат хирургическому лечению после

проведения консервативной терапии в течение 12-24 часов. Методом выбора служит лапароскопическая холецистэктомия (далее по тексту ЛХЭ). Возможно применение минидоступа.

В случаях, когда больной поступает в стационар позже оптимального срока для проведения ЛХЭ (> 72 часов), проводится комплексная консервативная терапия. При неэффективности в течение 12-24 часов консервативной терапии – возможно выполнение холецистостомии под УЗ контролем. Возможность выполнения холецистэктомии определяется коллегиально и при наличии соответствующей технической оснащенности и опыта хирурга. Если проводимая консервативная терапия эффективна - холецистэктомия следует выполнять в плановом порядке.

При возникновении серьёзных технических сложностей в ходе ЛХЭ целесообразна конверсия на лапаротомный доступ. При наличии выраженных инфильтративных изменений в области гепатодуоденальной связки возможна субтотальная резекция желчного пузыря с коагуляцией слизистой кармана Гартмана и адекватным дренированием подпеченочного пространства. При выявлении плотного инфильтрата в подпеченочном пространстве следует отказаться от продолжения вмешательства. Выполняется холецистостомия под УЗ-наведением, лапароскопически или из минидоступа.

Пациенты с острым холециститом, осложнённым перфорацией желчного пузыря и диффузным или распространённым перитонитом, подлежат экстренной операции. Больным, поступающим в тяжелом состоянии, проводится предоперационная подготовка в условиях реанимационного отделения или операционной. Продолжительность проведения предоперационной подготовки определяется индивидуально консилиумом хирурга и анестезиолога-реаниматолога, и не должна превышать 4 часов. Вмешательство проводится по принципам, изложенным в разделе «Перитонит».

Больным с острым холециститом, поступающим без явлений распространённого перитонита с наличием декомпенсированной сопутствующей соматической патологии, высокой степенью анестезиологического риска (ASA IV) (Приложение № 5), показано этапное лечение. На первом этапе выполняется экстренная холецистостомия под УЗ контролем. На втором этапе (после стихания воспалительно-инфильтративных явлений и коррекции сопутствующей патологии) выполняется холецистэктомия (метод выбора – ЛХЭ).

У больных с острым холециститом и признаками патологии желчных протоков для уточнения диагноза возможно применение дополнительных методов диагностики - магнитно-резонансная холангиопанкреатография и компьютерная томография (далее по тексту МРХПГ и КТ). Тактика лечения зависит от характера выявленной патологии.

У больных с преобладанием патологии желчных протоков (билиарная гипертензия, холедолитиаз, холангит, острый билиарный панкреатит) на

первом этапе выполняются вмешательства на желчных протоках по принципам, изложенным в разделе «Механическая желтуха». Предпочтительно выполнение декомпрессии желчных протоков эндоскопической папиллосфинктеротомии (далее по тексту ЭПСТ), холедохолитоэкстракции. Больным с явлениями папиллолитиаза, холангита, острого билиарного панкреатита - ЭПСТ, ЭРХПГ выполняются в экстренном порядке. При невозможности одномоментной санации и адекватной декомпрессии желчных протоков показано билиодуоденальное стентирование или назобилиарное дренирование.

Холецистэктомия может быть выполнена в эту же госпитализацию при условии адекватной декомпрессии желчных протоков, купирования явлений холангита и острого панкреатита.

У больных с преобладанием клиники острого холецистита и признаками патологии желчных путей в срочном порядке выполняется ЭПСТ с последующей неотложной холецистэктомией (возможно в лапароскопическом варианте). У больных с выраженной сопутствующей патологией, больших сроках заболевания, перипузырном инфильтрате в качестве первого этапа лечения выполняется холецистостомия под ультразвуковым наведением с последующей эндоскопической коррекцией патологии протоков и холецистэктомией в плановом порядке.

Антибактериальная терапия предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия и обязательно должна корректироваться с учетом посевов и чувствительности микрофлоры. В послеоперационном периоде проводится профилактика тромбоэмболических осложнений и стрессовых язв. Обязательным является выполнение в динамике общего анализа крови, мочи, по показаниям - контрольного УЗИ.

## МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Механическая желтуха (МЖ, синдром механической желтухи) - угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепечёночным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов (желтушность кожных покровов, слизистых оболочек, потемнение мочи, обесцвечивание кала, кожный зуд, может наблюдаться боль в животе, повышение температуры тела), возникающее как осложнение заболеваний гепатопанкреатобилиодуоденальной зоны неопухолевого генеза.

Коды по МКБ -10: К 80.4, К 80.8, К 83.4, К 91.5, К 86.1, К 83.1, К 83.8.

К причинам, наиболее часто вызывающим синдром механической желтухи (неопухоловой) относятся: желчнокаменная болезнь, осложнённая холедохолитиазом, папиллолитиаз, стеноз большого дуоденального соска (БДС) синдром Мирizzi, постхолецистэктомический синдром (ятрогенные стриктуры желчных протоков, холедохолитиаз, стеноз БДС), хронический панкреатит, аутоиммунные заболевания (первичный склерозирующий холангит), послеоперационные доброкачественные стриктуры билиодигестивных анастомозов.

### Классификация:

По уровню гипербилирубинемии (по В.Д. Федорову): легкой степени тяжести – до 85 мкмоль/л; средней степени тяжести – 86-169 мкмоль/л; тяжелой степени тяжести – выше 170 мкмоль/л.

По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конfluence долевых желчных протоков, общий печёночный проток

«Низкий» блок – общий желчный проток, терминальный отдел холедоха, большой дуоденальный сосочек

Осложнения синдрома механической желтухи:

1. Острый холангит
2. Печеночная недостаточность
3. Апостематоз печени, абсцессы печени

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию в хирургический стационар с круглосуточным дежурством бригады хирургов и эндоскопистов.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

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

Дополнительные исследования: ЭГДС, дуоденоскопия с осмотром папиллы, магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ),

эндоскопическое ультразвуковое исследование, рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (далее по тексту ЧЧХГ) — не являются самостоятельной диагностической процедурой, применяются как этапы хирургических вмешательств.

Основными задачами диагностики являются определение причины нарушения проходимости желчевыводящих путей, уровня блока и степени тяжести желтухи; диагностика обтурационного папиллолитиаза, острого холангита, острого панкреатита.

Общие принципы лечения синдрома механической желтухи заключаются в ликвидации холестаза, восстановлении оттока желчи, а также в профилактике и лечении осложнений механической желтухи. Больной, находящийся в стабильном состоянии, госпитализируется в хирургическое отделение, в тяжёлом в отделение реанимации.

Больным проводится комплексная консервативная терапия, которая одновременно может служить и предоперационной подготовкой. Терапия должна быть направлена на коррекцию водно-электролитных нарушений, нарушений гемостаза, профилактику развития тромбоэмболических осложнений и стрессовых язв. Антибактериальная терапия назначается в случаях наличия острого холангита, по показаниям после декомпрессии желчных протоков и предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия. После получения антибиограммы показано выполнение коррекции терапии.

Хирургическая тактика определяется уровнем блока желчных протоков, тяжестью желтухи, наличием холангита и других осложнений механической желтухи. Возможно выполнение ретроградного эндоскопического (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), стентирование желчного протока) или антеградного (чрескожно-чреспечёночная холангиостомия (ЧЧХС), холецистостомия под ультразвуковым и рентгенконтролем) способов декомпрессии желчных протоков.

При наличии у пациента гнойного холангита декомпрессия выполняется в срочном порядке течение первых 6-8 часов с момента поступления. В остальных случаях, принять решение о декомпрессии желчных протоков при механической желтухе необходимо в течение 24 часов после поступления больного в стационар. Пациентам с механической желтухой лёгкой степени и отсутствием явлений холангита билиарная декомпрессия не проводится. Декомпрессия желчных протоков показана при механической желтухе средней и высокой степени тяжести.

Выбор способа декомпрессии определяется уровнем блока желчных протоков.

В случае «низкого блока» желчных протоков целесообразно применения ретроградного способа декомпрессии желчных протоков.



Выполняется ЭРХПГ, ЭПСТ. При невозможности холедохолитоэкстракции целесообразна установка билиодуоденального пластикового стента (одного или нескольких). При наличии у больного гнойного холангита целесообразно рассматривать возможность эндоскопической установки наружного назобилиарного дренажа.

При высоком риске развития или наличии признаков острого панкреатита — возможна установка пластикового стента в панкреатический проток.

В случае «высокого блока» желчных протоков выполняется чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и рентгенконтролем. При технической возможности целесообразно проведение дренажа ниже уровня стриктуры. При наличии у пациента, после декомпрессии, наружного желчного свища, необходимо энтеральное возвращение больному потерь желчи.

Пластиковые стенты применяются при наличии протяжённой стриктуры терминального отдела желчного протока, крупном и множественном неразрешённом холедохолитиазе, гнойном холангите. Декомпрессия «покрытым» нитиноловым стентом показана при стриктуре желчного протока и невозможности выполнения плановой реконструктивной или восстановительной операции из-за тяжелой сопутствующей патологии. «Непокрытые» нитиноловые стенты при механической желтухе неопухолевого генеза применять не целесообразно.

Дренирование желчного пузыря под лапароскопическим и УЗ-контролем для лечения механической желтухи неопухолевого генеза в настоящее время применяется в исключительных случаях при наличии у больного явлений острого холецистита, или при невозможности применения какого-либо другого способа декомпрессии желчных протоков с блоком дистальнее пузырного протока и доказанной проходимости пузырного протока.

В послеоперационном периоде продолжается комплексная консервативная терапия. Проводится мониторинг лабораторных показателей (общего, биохимического анализов крови, коагулограммы), проводится динамическое ультразвуковое исследование для оценки эффективности билиарной декомпрессии.

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

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

## МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА.

Механическая желтуха (МЖ, синдром механической желтухи) - угрожающее жизни состояние, развивающееся вследствие нарушения естественного пассажа желчи из печени по внутри- и внепечёночным желчным протокам в двенадцатиперстную кишку, проявляющееся комплексом симптомов (желтушность кожных покровов, слизистых оболочек, потемнение мочи, обесцвечивание кала, кожный зуд, может наблюдаться боль в животе, повышение температуры тела), возникающее как осложнение заболеваний гепатопанкреатобилиодуоденальной зоны опухолевого генеза.

Коды по МКБ -10: С 23.0, С 24.0, С 22.1, С 24.1, С 25.0, С 24.0, С 77.2.

К причинам, наиболее часто вызывающим синдром механической желтухи (злокачественной) относятся: рак желчного пузыря, рак внепеченочных желчных протоков, рак внутриспеченочных желчных протоков, злокачественные опухоли большого дуоденального сосочка, злокачественные опухоли головки поджелудочной железы, злокачественные опухоли терминального отдела желчного протока, метастатическое поражение лимфоузлов ворот печени, печёчно-двенадцатиперстной связки.

### Классификация:

По уровню гипербилирубинемии (по В.Д. Федорову): легкой степени тяжести – до 85 мкмоль/л; средней степени тяжести – 86-169 мкмоль/л; тяжелой степени тяжести – выше 170 мкмоль/л.

По уровню блока желчных протоков:

«Высокий» блок – сегментарные, долевые желчные протоки, конfluence долевых желчных протоков, общий печёночный проток

«Низкий» блок – общий желчный проток, терминальный отдел желчного протока, большой дуоденальный сосочек

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию в хирургический стационар с круглосуточным дежурством бригады хирургов и эндоскопистов.

Диагностические исследования при госпитализации больного:

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

Дополнительные исследования: ЭГДС, дуоденоскопия с осмотром папиллы, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, эндоскопическое ультразвуковое исследование, СКТ брюшной полости с болюсным контрастированием, рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) — не являются самостоятельной диагностической процедурой, применяются как этапы хирургических вмешательств.

Основными задачами диагностики являются определение причины нарушения проходимости желчевыводящих путей уровня блока и тяжести механической желтухи.

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

Больной, находящийся в стабильном состоянии, госпитализируется в хирургическое отделение, в тяжёлом – в отделение реанимации.

Больным проводится комплексная консервативная терапия, которая одновременно может служить и предоперационной подготовкой. Терапия должна быть направлена на коррекцию водно-электролитных нарушений, нарушений гемостаза, профилактику развития тромбоэмболических осложнений и стрессовых язв. Антибактериальная терапия назначается в случаях наличия острого холангита, по показаниям после декомпрессии желчных протоков и предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия, после получения антибиотикограммы показано выполнение коррекции терапии

При выполнении холецистостомии, чрескожных чреспечечных и эндоскопических вмешательств показана общая анестезия.

Хирургическая тактика при механической желтухе опухолевого генеза определяется в зависимости от уровня блока желчных протоков, тяжести механической желтухи, наличием холангита и других осложнений механической желтухи.

Пациентам с механической желтухой легкой степени и отсутствии явлений холангита билиарная декомпрессия не проводится. После дообследования и уточнения диагноза принимается решение на онкологическом консилиуме о возможности выполнения радикального или паллиативного оперативного вмешательства.

Пациентам с диагнозом механическая желтуха средней и тяжелой степени показана срочная декомпрессия желчных протоков, направленное на разрешение билиарной обструкции.

При наличии у пациента гнойного холангита декомпрессия выполняется в течение первых 6-8 часов с момента поступления. В остальных случаях принять решение о декомпрессии желчных протоков при механической желтухе необходимо в течение 24 часов после поступления больного в стационар.

Выбор способа декомпрессии определяется уровнем блока желчных протоков. Возможно выполнение ретроградного (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), стентирование желчного протока) или антеградного (чрескожно чреспечёночная холангиостомия (ЧЧХС),

холецистостомия под ультразвуковым и рентген контролем) способов декомпрессии желчных протоков.

В случае «низкого блока» желчных протоков применяется ретроградный способ декомпрессии- РХПГ, ЭПСТ, билиодуоденальное стентирование гепатикохоледоха пластиковым стентом.

В случае «высокого блока» желчных протоков выполняется антеградный способ декомпрессии - чрескожное чреспечёночное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и рентген контролем. Целесообразно проведение дренажа ниже препятствия.

При декомпрессии применяются пластиковые, «покрытые» и «непокрытые» нитиноловые стенты. Пластиковые стенты применяются преимущественно при планируемом временном ретроградном способе декомпрессии до одного месяца. Показаниями к использованию нитиноловых стентов служит нерезектабельная опухоль и тяжёлая сопутствующая патология, которая не позволяет выполнить радикальную операцию. «Непокрытые» нитиноловые стенты устанавливаются как окончательный этап лечения, независимо от уровня блока. «Покрытые» нитиноловые стенты устанавливаются при необходимости временной декомпрессии желчных протоков, только при «низком» уровне билиарной обструкции. Выбор вида стента обсуждается на мультидисциплинарном консилиуме.

У пациентов с высоким уровнем билиарной обструкции и разобщением желчных протоков на сегментарные (опухоль Клацкина IV тип), выполнение билиарной декомпрессии сопряжено с высоким риском развития летальных осложнений. Выполнение билиарной декомпрессии у таких пациентов нецелесообразно (однако, в каждом случае решение принимается индивидуально посредством консилиума).

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

В послеоперационном периоде продолжается комплексная консервативная терапия. Проводится мониторинг лабораторных показателей (общего, биохимического анализов крови, коагулограммы), проводится динамическое ультразвуковое исследование для оценки эффективности билиарной декомпрессии.

Наряду с этим, проводится дообследование пациента с целью планирования радикального или паллиативного оперативного вмешательства. Окончательное решение принимается онкологическим консилиумом. Для проведения радикальных и паллиативных операций пациенты направляются в специализированные хирургические клиники, сертифицированные по оказанию онкологической помощи в соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы.

## ОСТРАЯ НЕОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Острая кишечная непроходимость (далее по тексту ОКН) – синдром, объединяющий различные заболевания, приводящие к нарушению пассажа кишечного содержимого вследствие механического препятствия, либо недостаточности двигательной функции кишки.

Код МКБ 10 - K 56 K 56.0 K 56.2 K 56.3 K56.4 K56.5 K56.6

К причинам, наиболее часто вызывающим ОКН (доброкачественной этиологии) относятся: кишечные сращения (спайки) с непроходимостью, паралитический илеус, непроходимость, вызванная желчным камнем (безоар), инвагинация, заворот и злообразование.

Классификация кишечной непроходимости

### I Механическая:

1. Странгуляционная – нарушение кровоснабжения кишки в месте нарушения пассажа (при спаечном процессе в брюшной полости, штринге, завороте, инвагинации, злообразовании).

Может протекать: а) с некрозом органа; б) без некроза органа.

2. Обтурационная - нарушение пассажа по различным отделам кишечника без нарушения кровоснабжения органа (при спаечном процессе в брюшной полости, желчных камнях, безоарах).

3. Смешанная (спаечный процесс в брюшной полости).

По уровню различают:

1. Тонкокишечную непроходимость: а) высокую (тощая кишка); б) низкую (подвздошная кишка).

2. Толстокишечную непроходимость.

### II. Динамическая:

1. Спастическая.

2. Паралитическая.

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию больных с клинической картиной кишечной непроходимости или подозрением на нее в круглосуточный хирургический стационар.

Диагностические исследования при госпитализации больного:

Обязательные исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, определение группы крови и Rh-фактора, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

Дополнительные исследования: КТ органов брюшной полости с пассажем водорастворимого контраста по желудочно-кишечному тракту, колоноскопия при отсутствии признаков странгуляции и перитонита. Возможно динамическое рентгенологическое исследование с оценкой пассажа контраста по кишечнику.

Лечебная тактика при неопухолевой непроходимости зависит от причины, формы и степени непроходимости.

Больной, находящийся в состоянии легкой и средней степени тяжести госпитализируется в общехирургическое отделение, в тяжелом состоянии — в отделение реанимации.

Больным с ОКН проводится комплексная консервативная терапия, которая может служить предоперационной подготовкой. Выполняются консервативные лечебные мероприятия: аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд, очистительные и сифонные клизмы, инфузионная терапия, эндоскопическая деторзия (при завороте сигмовидной кишки), перидуральная анестезия (по показаниям).

Показанием к экстренной операции является странгуляционная форма острой кишечной непроходимости (инвагинация, спаечный процесс, заворот, узлообразование), наличие перитонита. Вмешательство проводится в течение 2-х часов от момента поступления в стационар.

При запущенной стадии ОКН с тяжелыми водно-электролитными нарушениями, выраженными зондовыми потерями (более 1000 мл), значительной дилатацией тонкой кишки (более 4 см) и большими сроками (более 36 часов) от начала заболевания, целесообразно экстренное оперативное вмешательство. Время предоперационной подготовки не должно превышать 4 часов. Окончательные сроки проведения операции определяются решением консилиума в составе ответственного хирурга, реаниматолога и анестезиолога.

В качестве основного метода обезболивания используется общая анестезия.

Выполнение оперативного вмешательства при острой кишечной непроходимости (доброкачественной природы) возможно, как из лапаротомного доступа, так и видеолапароскопическим способом. Противопоказания для лапароскопических вмешательств при острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза следующие: три и более оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе, расширение просвета кишки более 4 см в диаметре, перитонит.

При расширении петель кишечника от 4 см. и более выполняется назоинтестинальная интубация. Срок удаления зонда зависят от дебета и характера отделяемого, восстановления моторики ЖКТ, но не позже 4-5 суток от момента установки.

Устранение непроходимости должно производиться с условием минимальной травматизации кишечной стенки. Применяются следующие методики: рассечение спаек; резекция измененной кишки; устранение заворотов, инвагинаций, узлообразований или резекция этих образований. При некрозе кишки производят резекцию в пределах жизнеспособных тканей, отступая от зоны некроза в приводящем отделе тонкой кишки на 30-40 см, в отводящем на 15-20 см. Исключения составляют резекции вблизи связки Трейца или илеоцекального угла, где допускается ограничение указанных требований при благоприятных визуальных характеристиках кишки и убедительных признаках удовлетворительного кровообращения в зоне

предполагаемого пересечения. При значительной разнице диаметров приводящего и отводящего отделов тонкой кишки, предпочтительно формирование межкишечного анастомоза «бок в бок». При резекции толстой кишки операцию заканчивают формированием колостомы. При сомнениях в жизнеспособности кишки, заглушив отводящие и приводящие участки, допустимо отложить решение вопроса о формировании анастомоза или формировании стомы, используя программированную релапаротомию через 12-24 часов. В случаях, когда ОКН осложнена распространённым перитонитом и высоким внутрибрюшным давлением для профилактики развития компартмент-синдрома возможно ушивание только кожной раны.

В зависимости от причин заболевания тактика хирургического лечения ОКН имеет свои особенности. При желчнокаменной непроходимости выполняется энтеротомия с извлечением камня. При обтурации безоарами проводят их фрагментацию и низведение в слепую кишку. При завороте тонкой кишки без некроза выполняется деторзия заворота, пликация брыжейки тонкой кишки на длинном назоинтестинальном зонде. При завороте с некрозом тонкой кишки производится резекция тонкой кишки с формированием анастомоза бок-в-бок, назоинтестинальная интубация.

При заворотах различных отделов толстой кишки без некроза выполняется деторзия заворота с последующей фиксацией кишки. Заворот с некрозом стенки толстой кишки - выполняется резекция некротизированного отдела толстой кишки с формированием илеостомы или колостомы.

При узлообразовании кишечника выполняют резекцию кишки в пределах здоровых тканей.

При инвагинации кишки производится дезинвагинация. При неудачной попытке дезинвагинации, наличии некроза или органической причины инвагинации выполняется резекция кишки.

В случае трудноразделимых спаечных конгломератов показано формирование обходных шунтирующих межкишечных анастомозов, либо ограниченных резекций конгломерата.

При подозрении на деструктивные изменения в стенке кишки следует выполнять ее резекцию без формирования анастомозов (декомпрессия проксимальных отделов ЖКТ обязательна). Последующая программированная релапаротомия через 24 часа позволит более точно определить необходимость и границы резекции тонкой кишки и возможность восстановления непрерывности ЖКТ.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия проводятся в отделении реанимации до стабилизации состояния пациента с последующим переводом в хирургическое отделение.

Антибактериальная терапия предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия и последующую коррекцию с учетом посевов и чувствительности микрофлоры.

## ОСТРАЯ ОПУХОЛЕВАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Опухолевая толстокишечная непроходимость - синдром, обусловленный опухолевым поражением толстой кишки, приводящим к полному или частичному прекращению пассажа кишечного содержимого вследствие механического препятствия опухолью.

Коды по МКБ -10: C18 C19 C20

К причинам, наиболее часто вызывающим острую кишечную непроходимость (ОКН) относятся: злокачественное новообразование ободочной кишки, злокачественное новообразование прямой кишки.

Классификация

I. По уровню непроходимости: 1) опухоли правых отделов ободочной кишки, 2) опухоли левых отделов ободочной кишки и прямой кишки;

II. По степени нарушения пассажа кишечного содержимого: 1) полная, 2) частичная.

III. По степени компенсации: 1) Компенсированная, 2) Субкомпенсированная, 3) Декомпенсированная.

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию больных с клинической картиной кишечной непроходимости или подозрением на неё в круглосуточный хирургический стационар.

Диагностические исследования:

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, определение группы крови и Rh-фактора. ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

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

Больной в состоянии легкой и средней степени тяжести, госпитализируется в хирургическое отделение, в тяжелом – в отделение реанимации.

Пациентам проводится комплексная консервативная терапия, которая одновременно может служить предоперационной подготовкой. Выполняются консервативные лечебные мероприятия: аспирация содержимого желудка через назогастральный зонд, очистительные и сифонные клизмы, инфузионная терапия.

Хирургическая тактика при опухолевой кишечной непроходимости определяется локализацией опухоли, уровнем и степенью компенсации ОКН. Лечение должно быть направлено на устранение осложнения путем выполнения дренирующих или резекционных операций.

При компенсированной форме опухолевой ОКН показано консервативное лечение в течение 6-12 часов, выполнение колоноскопии с целью верификации диагноза с последующей подготовкой больного к



плановому оперативному вмешательству. Тактика и сроки хирургического лечения определяются мультидисциплинарным онкологическим консилиумом врачей.

При субкомпенсированной форме опухолевой ОКН показано консервативное лечение в течение 6-12 часов, выполнение urgentной колоноскопии с целью верификации диагноза и попытки стентирования зоны опухолевого стеноза. Разрешение кишечной непроходимости при стентировании зоны опухолевого стеноза позволяет избежать выполнения экстренного оперативного вмешательства и, после проведения онкоконсилиума, подготовить больного к плановому оперативному лечению в условиях специализированного стационара.

При субкомпенсированной форме ОКН возможно выполнение дренирующих и резекционных операций.

При декомпенсированной форме опухолевой ОКН проводится подготовка больного в условиях реанимации. Показано выполнение urgentной колоноскопии с целью определения уровня опухолевого стеноза и возможности установки саморасширяющегося кишечного стента. При невозможности эндоскопической декомпрессии показано экстренное оперативное вмешательство. Основной задачей хирурга является разрешение ОКН и подготовка больного к последующему комплексному лечению.

Выполнение экстренных операций у тяжелого контингента больных должно быть направлено на спасение жизни и носить декомпрессионный и дренирующий характер за счет формирования разгрузочных стом.

Рекомендуемый объем оперативных вмешательств при декомпенсированной форме ОКН.

Больным с ОКН в следствии опухоли правой половины ободочной кишки целесообразно формирование петлевой илеостомы с целью разрешения кишечной непроходимости. При стабильном состоянии пациента возможно выполнение правосторонней гемиколэктомии по Лахею.

Больным с ОКН вследствие опухоли левой половины ободочной кишки целесообразно формирование петлевой колостомы для разрешения кишечной непроходимости и подготовки к последующему лечению в максимально короткие сроки. При стабильном состоянии пациента возможно выполнение резекции левых отделов ободочной кишки по типу операции Гартмана.

При опухолях прямой кишки с ОКН выполняется формирование разгрузочной колостомы.

В исключительных случаях, когда ОКН осложняется перфорацией, диастатическими разрывами, некрозом стенки кишки, и перитонитом показано применение резекционных способов оперативных вмешательств, как единственно возможного метода лечения. Предпочтительно выполнение резекции участка кишки без формирования первичного анастомоза и колостомы с назоинтестинальной интубацией. В течение 24 часов выполняется программированная релапаротомия с формированием кишечного соустья либо выведением стомы.

В качестве основного метода обезболивания при операциях по поводу ОКН используется общая анестезия.

Перед операцией больному выполняется маркировка передней брюшной стенки в области предполагаемого формирования кишечной стомы.

В послеоперационном периоде лечебные мероприятия проводятся в отделении реанимации до стабилизации состояния пациента с последующим переводом в хирургическое отделение. Срок удаления назоинтестинального зонда определяется дебетом и характером отделяемого, а также восстановлением моторики ЖКТ, но не позже 4-5 суток.

Антибактериальная терапия в лечении острой кишечной непроходимости предусматривает эмпирическое назначение антибиотиков широкого спектра действия с последующей коррекцией с учетом посевов и чувствительности микрофлоры.

Наряду с этим, проводится дообследование пациента с целью планирования радикального или паллиативного оперативного вмешательства. Окончательное решение принимается онкологическим консилиумом. Для проведения комплексного лечения пациенты должны направляться в специализированные хирургические клиники, сертифицированные по оказанию онкологической помощи в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Москвы.

## КРОВОТОЧАЩИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта обусловленные наличием хронических или острых язв желудка и/или 12-перстной кишки и/или гастроэнтероанастомоза.

Код по МКБ – 10: К 92

### Классификация.

1. По локализации источника кровотечения: язва желудка, язва ДПК или гастроэнтероанастомоза.

2. По этиологии кровотечения: а) хроническая язва, б) пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в) острая язва, возникшая в результате токсического или лекарственного воздействия на слизистую оболочку желудка/кишки/анастомотического кольца, г) стрессовая язва (ожоговый/кардиогенный/травматический шок), д) язва обусловленная системным заболеванием (атеросклероз, капилляротоксикоз, лейкозы, уремия, цирроз печени и др.), е) артериовенозная мальформация - язва Дьелафуа, ж) язва при эндокринопатиях (синдром Золлингера-Эллисона, гиперпаратиреоз)

Осложнения: 1) геморрагический шок, 2) постгеморрагическая анемия.

Догоспитальный этап предусматривает экстренную госпитализацию больного в хирургический стационар. Больные в тяжелом состоянии госпитализируются в отделения реанимации или операционную, минуя приемное отделение с одновременным проведением противошоковых мероприятий.

Диагностические исследования при госпитализации больного.

Обязательные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, определение группы крови и Rh-фактора. ЭКГ, пальцевое исследование прямой кишки, ЭГДС.

Дополнительные исследования: биохимический анализ крови, коагулограмма, рентгенография органов грудной клетки, обзорная рентгенограмма брюшной полости, УЗИ брюшной полости, КТ органов брюшной полости.

Для оценки тяжести кровопотери используется шоковый индекс Альговера и Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при гастродуоденальных кровотечениях по Горбашко А.И. (Приложение № 6,7).

ЭГДС должна быть выполнена в течение 2-х часов от момента поступления. Диагностическая (лечебная) ЭГДС больным с установленным гастродуоденальным кровотечением средней и тяжелой степени должна выполняться экстренно в условиях реанимации или на операционном столе в условиях медикаментозной седации, глубину которой определяет врач-анестезиолог-реаниматолог. Пациентам с ЖКК легкой степени ЭГДС может выполняться в условиях эндоскопического отделения или кабинета.

После проведения первичной экстренной диагностической/лечебной ЭГДС, в ходе которой производится распределение пациентов по

классификации J.F. Forrest, (Приложение № 8) врачом-хирургом и врачом-эндоскопистом в истории болезни осуществляется совместная запись о дальнейшей тактике лечения больного.

Лечебная тактика предусматривает комплексную патогенетическую терапию в сочетании с эндоскопическими способами комбинированного гемостаза.

#### Эндоскопический гемостаз.

Задачами эндоскопического вмешательства являются: а) идентификация источника кровотечения, б) оценка степени активности кровотечения (продолжающегося на момент выполнения исследования или состоявшегося), в) проведение эндоскопического гемостаза, г) выполнение технических действий, направленных на профилактику возможного рецидива кровотечения.

Показанием к применению эндоскопических способов лечения служат:

- 1) Продолжающееся кровотечение F-Ia, F-Iв.
- 2) Наличие признаков состоявшегося кровотечения и высокого риска рецидива F-IIa, F-IIв.

Наличие фиксированного сгустка в дне язвы без подтекания из-под него крови является показанием к проведению эндоскопических методов воздействия с целью профилактики рецидива кровотечения: тромб рекомендуется отмыть или срезать холодной петлей (гильотинным способом).

Обязательным является многокомпонентный (двух и более) комбинированный эндоскопический гемостаз. Наиболее эффективными являются следующие комбинации: 1) сочетание инъекционного способа с термическим воздействием (аргоноплазменная коагуляция/термокаутеризация/радиоволновое воздействие); 2) сочетание инъекционного способа с клипированием; 3) сочетание инъекционной методики с клипированием и термическим воздействием.

Кровотечение из язв размерами более 2,0 см., локализующихся на задней стенке луковицы ДПК и на малой кривизне желудка, может быть обусловлено аррозией крупных сосудов. Применение стандартных способов эндоскопического гемостаза в этих ситуациях может быть неэффективным, что требует более активной хирургической тактики.

Сроки проведения контрольного эндоскопического исследования составляют 2 – 4 часа (при кровотечениях Forest Ia-в и F IIa) и 6 – 12 часов (при Forest IIв).

Однократный рецидив кровотечения в стационаре не является абсолютным показанием к экстренной операции. Обоснованным в такой ситуации является выполнение повторной ЭГДС с проведением эндоскопического гемостаза и решением вопроса о дальнейшей лечебной тактике, которое принимается консилиумом в составе ответственного хирурга, эндоскописта, реаниматолога.

### Консервативное лечение.

Всем больным, перенесшим успешный эндоскопический гемостаз и имеющим высокий риск рецидива кровотечения, назначается внутривенное введение ингибиторов протонной помпы (далее по тексту ИПП) по следующей схеме: начальное болюсное внутривенное введение 80 мг ИПП; далее постоянная инфузия ИПП по 8 мг/час в течение 72 часов; в последующем пациенты получают ИПП per os по 40 мг в день в течение 4-6 недель.

Всем больным с гастродуоденальным кровотечением средней и тяжёлой степени проводятся интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на коррекцию гемодинамических расстройств, устранение дефицита ОЦК и возмещение кровопотери, и коррекция коагулопатических расстройств. Пациентам со снижением уровня гемоглобина до  $\leq 70$  г/л комплексная консервативная терапия включает в себя переливание компонентов крови с гемостатической и/или заместительной целью.

Не рекомендуется применение H<sub>2</sub>-блокаторов, а также соматостатина и его синтетических аналогов.

### Рентгенэндоваскулярная остановка кровотечения.

Пациентам с высоким операционным риском при повторном рецидиве ЖКК (после 2-кратно выполненного эндоскопического гемостаза) возможно проведение рентгенэндоваскулярной остановки кровотечения.

### Прогнозирование рецидива язвенного кровотечения.

Критериями высокого риска рецидива кровотечения являются клинические (тяжёлая кровопотеря, коллапс в анамнезе, возраст больного, тяжёлая сопутствующая патология) и лабораторные признаки (низкий уровень гемоглобина). Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива язвенного кровотечения являются кровотечения F Ia-в, F IIa-в, а также глубина, размеры и локализация язвы. При неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза показано оперативное вмешательство.

### Оперативное вмешательство

Экстренная полостная операция, как вынужденное мероприятие, показана больным с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза или рецидиве кровотечения после двукратного многокомпонентного эндоскопического гемостаза. У пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, показано выполнение гастро-(дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда, что служит операцией выбора у больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой. При стабильном состоянии больного, как исключение, возможно проведение как резекционных, так и органосохраняющих хирургических методов лечения. Пациентам, находящимся в стабильном состоянии, но имеющим высокий риск рецидива кровотечения возможно выполнение срочного оперативного вмешательства (в течение 24 часов после короткой

предоперационной подготовки). Объем хирургического вмешательства решается индивидуально консилиумом в составе ответственного хирурга и анестезиолога-реаниматолога.

#### Послеоперационное ведение.

Основными направлениями ведения больных в послеоперационном периоде являются восполнение кровопотери, инфузионно-трансфузионная терапия, восстановление моторики ЖКТ, снижение пептической агрессии приёмом ИПП после результативного эндоскопического гемостаза или операции.

В послеоперационном периоде в динамике выполняется общий анализ крови, мочи, а по показаниям - контрольное УЗИ и ЭГДС.

Приложение 1  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» *ок* 2017 г. № 83

Интегральная система оценки тяжести состояния АРАСНЕ II.

Таблица физиологических параметров АРАСНЕ II									
Показатель	Значение								
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Температура (ректальная), С°	≥ 41	39—40,9	—	38,5—38,9	36—38,4	34—35,9	32—32,9	30—31,9	≤ 29,9
Среднее АД, мм рт. ст. (АД <sub>ср.</sub> = 2АД <sub>диаст.</sub> + АД <sub>сист.</sub> ) / 3)	≥ 160	130—159	110—129	—	70—109	—	50—69	—	≤ 49
ЧСС (1/мин)	≥ 180	140—179	110—139	—	70—109	—	55—69	40—54	≤ 39
ЧДД (1/мин)	≥ 50	35—49	—	25—34	12—24	10—11	6—9	—	≤ 5
Оксигенация, мм рт. ст. FiO <sub>2</sub> ≥ 50%, то A-aDO <sub>2</sub> = (FiO <sub>2</sub> × 713) – PaCO <sub>2</sub> – PaO <sub>2</sub> или FiO <sub>2</sub> < 50%, учитывать только PaO <sub>2</sub>	≥ 500	350—499	200—349	—	< 200		—		
					> 70	61—70		55—60	< 55
РН артериальной крови (артериальные газы крови — АГК)	≥ 7,7	7,6—7,69	—	7,5—7,59	7,33—7,49	—	7,25—7,32	7,15—7,24	< 7,15
НСО <sub>3</sub> <sup>-</sup> сыворотки, ммоль/л (при отсутствии АГК)	≥ 52	41—51,9	—	32—40,9	22—31,9	—	18—21,9	15—17,9	< 15
Na <sup>+</sup> сыворотки, ммоль/л	≥ 180	160—179	155—159	150—154	130—149	—	120—129	111—119	< 110
K <sup>+</sup> сыворотки, ммоль/л	≥ 7	6—6,9	—	5,5—5,9	3,5—5,4	3—3,4	2,5—2,9	—	< 2,5
Креатинин сыворотки, мг/100 мл	≥ 3,5	2—3,4	1,5—1,9	—	0,6—1,4	—	< 0,6	—	—
Гематокрит, %	≥ 60	—	50—59,9	46—49,9	30—45,9	—	20—29,9	—	< 20
Лейкоциты, /мм <sup>3</sup> × 1000 клеток	≥ 40	—	20—39,9	15—19,9	3—14,9	—	1—2,9	—	< 1
Неврологический статус по шкале комы Глазго	3	4—6	7—9	13—15	—	—	—	—	—

  

Таблица оценки возраста	
Возраст	Балл
До 44	0
45—54	2
55—64	3
65—74	5
Более 75	6

Баллы добавляют при наличии следующих сопутствующих заболеваний:

- цирроз печени, подтвержденный биопсией;
- ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения, IV функциональный класс; хронические заболевания легких с обструктивным или рестриктивным компонентами, или хроническая гипоксемия, гиперкапния или полицитемия, легочная гипертензия (АД > 40 мм рт. ст.);
- хронический диализ;
- иммунодефицит.

При наличии сопутствующих заболеваний к общему количеству баллов прибавляют по 5 баллов — для не оперированных пациентов и для пациентов после экстренных оперативных вмешательств, и по 2 балла для пациентов после плановых оперативных вмешательств.



Приложение 2  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 02 2017 г. № 83

Мангеймский индекс перитонита (МИП).

Фактор риска	Оценка тяжести в баллах
Возраст старше 50 лет	5
Женский пол	5
Наличие органной недостаточности	7
Наличие злокачественной опухоли	4
Продолжительность перитонита более 24 ч	4
Толстая кишка как источник перитонита	4
Перитонит диффузный	6
Экссудат прозрачный	0
Экссудат мутно-гнойный	6
Экссудат калово-гнилостный	12

Приложение 3  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» *01.* 2017 г. № *83*

Таблица прогностического риска релапаротомии.

Прогностический индекс релапаротомий (ПИР) по Pusaјo (1993)	
Критерии	Баллы
Выполнение первой операции по экстренным показаниям	3
Дыхательная недостаточность	2
Почечная недостаточность	2
Парез кишечника (спустя 72 часа после операции)	4
Боль в животе (спустя 48 часов после операции)	5
Инфекционные осложнения в области операции	8
Нарушения сознания	2
Патологические симптомы, возникающие спустя 96 часов после операции	6

Оценка величины ПИР	
ПИР (баллы)	Частота релапаротомий, %
< 10	8,7
11 — 12	40
13 — 14	90
>15	100

Абсолютным показанием к релапаротомии является индекс более 20 баллов.

Приложение 4  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 02 2017 г. № 83

Критерии интраоперационной оценки характера поражения органов  
брюшной полости при перитоните.  
(Савельев, Филимонов, Подачин, 1998)

Признак	Баллы
<b>Распространенность перитонита:</b>	
Местный (абсцесс)	1
Распространенный	3
<b>Характер экссудата:</b>	
Серозный	1
Гнойный	3
Геморрагический	4
Каловый	4
<b>Наложения фибрина:</b>	
В виде панциря	1
В виде рыхлых масс	4
<b>Состояние кишечника:</b>	
Инфильтрация стенки	3
Отсутствие спонтанной и стимулированной перистальтики	3
<b>Другие факторы</b>	
Кишечный свищ или несостоятельность анастомоза	4
Нагноение или некроз операционной раны	3
Эвентрация	3
Неудаленные девитализированные ткани	3
<b>Суммарное количество баллов — ИБП*</b>	
* ИБП — индекс брюшной полости.	

Приложение 5  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 02 2017 г. № 83

Классификация анестезиологического риска по ASA.

- I. Практически здоровые пациенты
- II. Больные с незначительной системной патологией без нарушения функций
- III. Больные с системной патологией и с нарушением функций, которые могут быть компенсированы лечением
- IV. Больные с тяжелой патологией, угрожавшей жизни и приводящей к несостоятельности функций, требующие постоянного приема лекарственных средств
- V. Больные с тяжелыми заболеваниями, приводящими к летальному исходу в течение 24 часов без оперативного вмешательства

Приложение 6  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 01. 2017 г. № 83

### Шоковый индекс Альговера.

В качестве экспресс диагностики шока используется определение шокового индекса Альговера (ШИ) — это отношение частоты сердечных сокращений за 1 минуту к величине систолического давления.

Нормальная величина ШИ =  $60/120 = 0.5$ .

При шоке I ст (кровопотеря 15-20% ОЦК) ШИ = 0.8-0.9 (80/110).

При шоке II ст (кровопотеря 20-40% ОЦК) ШИ = 0.9-1.2 (100/90).

При шоке III ст (кровопотеря более 40% ОЦК) ШИ = 1.3 и выше (140/70).

Приложение 7  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 02 2017 г. № 83

Клинико-лабораторные критерии для определения тяжести кровопотери при  
гастродуоденальных кровотечениях по Горбашко А.И. (1974).

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

Приложение 8  
к приложению приказа Департамента  
здравоохранения города Москвы  
от «13» 02 2017 г. № 83

Классификация язвенных кровотечений по Forrest (1974).

Тип I – активное кровотечение:

I a – пульсирующей струей;

I b – потоком (подтекание крови).

Тип II – признаки недавнего (состоявшегося) кровотечения:

II a – видимый (некровоточащий) сосуд;

II b – фиксированный тромб-сгусток;

II c – плоское черное пятно (черное дно язвы).

Тип III – язва с чистым (белым) дном.