



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская помощь

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

Критерии диагностики острого аппендицита

в ОСМПС:

- боль в правой подвздошной, симптом Кохера;
- болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области (кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита);
- наличие лейкоцитоза в общем клиническом анализе крови;
- к местным признакам острого аппендицита относится наличие инфильтрата в брюшной полости; чаще всего этот инфильтрат занимает область правой подвздошной ямки.

Пациент с подозрением на острый аппендицит должен быть осмотрен ответственным дежурным врачом-хирургом. В случае подтверждения диагноза пациент подписывает информированное согласие на выполнение операции и готовится к оперативному вмешательству. Сомнения в диагнозе острого аппендицита служат основанием для направления больного в хирургическое отделение для динамического наблюдения.

Перед операцией в обязательном порядке проводятся опорожнение желудка через введенный зонд и мочевого пузыря, гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства. По специальным показаниям осуществляются проведение медикаментозной подготовки, инфузионной терапии с превентивным введением антибиотиков за 30–40 мин до операции.

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

В случае самовольного ухода больного до определения диагноза из ОСМПС, врач обязан сообщить об этом в поликлинику по месту жительства пациента для его активного осмотра врачом-хирургом поликлиники на дому.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кузин М.И. Хирургические болезни. — М.: Медицина, 1986.
2. Напалков П.Н. Хирургические болезни. — Л.: Медицина, 1976.
3. Неотложная хирургическая гастроэнтерология / Под общ. ред. А.А. Курыгина, Ю.М. Стойко, С.Ф. Багненко. — СПб.: Питер, 2006. — 480 с.
4. Неотложная хирургия: Руководство для хирургов общей практики / Под общ. ред. В.Х. Грасиаса, П.М. Рейли и др.; пер. с англ. А.А. Митрохина; Под общ. ред. А.С. Ермолова — М.: Издательство Панфилова, 2010. — 886 с.
5. Трунин М.А. Острый аппендицит. — Л.: ЛСГМИ, 1984.
6. Хирургия острого живота: Руководство / Под общ. ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. — СПб.: Элби, 2007. — 512 с.

6.3. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ*М.Ю. Кабанов***ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

Острый холецистит — острое воспаление желчного пузыря.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Важнейшим фактором патогенеза острого холецистита является застой желчи в желчном пузыре и в желчевыводящих путях. Наиболее частой причиной этого является обтурация пузырного протока желчным камнем (острый калькулезный холецистит) или иное механическое препятствие нормальному току желчи (стриктуры желчевыводящих протоков, гельминты, рубцовые изменения тканей). Застой желчи сопровождается ее инфицированием (гематогенным, лимфогенным, восходящим путем из кишечника), желчной гипертензией с последующим нарушением трофики тканей стенки желчного пузыря и развитием воспалительного процесса. Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

КЛАССИФИКАЦИЯ

- По причине возникновения:
 - ✦ каменный;
 - ✦ бескаменный;
 - ✦ паразитарный.
- Клинико-морфологические формы:
 - ✦ простой;
 - ✦ флегмонозный;
 - ✦ гангренозный;
 - ✦ перфоративный.
- Осложненный острый холецистит:
 - ✦ водянка;
 - ✦ эмпиема;
 - ✦ паравезикальный инфильтрат;
 - ✦ паравезикальный абсцесс;
 - ✦ перитонит (не отграниченный и распространенный);
 - ✦ билиодигестивные свищи;
 - ✦ панкреатит;
 - ✦ холангит;
 - ✦ механическая желтуха;
 - ✦ абсцессы печени;
 - ✦ сепсис.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Возникновению боли, как правило, предшествует прием обильной жирной и острой пищи. Боль иррадирует кверху в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются появление ощущения горечи во рту и наличие примеси желчи в рвотных массах. В начальной стадии заболевания боль носит тупой характер, по мере прогрессирования процесса она становится более интенсивной. При этом отмечается повышение температуры тела до 38 °С, иногда бывает озноб. Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась ультразвуковая диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита:

- хронический гипоацидный и анацидный гастрит;
- лямблиоз;

- генерализованный атеросклероз.

Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент страдает желчнокаменной болезнью. При физикальном обследовании выявляется учащенный пульс в соответствии с повышением температуры тела. При деструктивном и особенно перфоративном холецистите, осложнившимся перитонитом, наблюдается тахикардия до 100–120 в минуту. Иногда отмечается иктеричность склер. Выраженная желтуха возникает при осложненных формах острого холецистита: холедохолитиазе или выраженных воспалительных изменениях в печеночно-двенадцатиперстной связке. Язык сухой, обложен. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же наблюдаются защитное напряжение мышц живота и симптомы раздражения брюшины, которые наиболее выражены при деструктивном холецистите. Специфическими симптомами острого холецистита являются:

- болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге (симптом Грекова–Ортнера);
- боль при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Кера);
- усиление боли при пальпации на вдохе (симптом Образцова);
- болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы (симптом Мюсси–Георгиевского);
- больной не может произвести вдох при глубокой пальпации в правом подреберье (симптом Мерфи); при пальпации возможно выявление увеличенного резко болезненного желчного пузыря; при перкуссии печеночная тупость сохранена.

Клиническая картина острого холецистита, осложненного перфорацией, характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем — по всему животу. Пробождение желчного пузыря чаще всего происходит через 48–72 ч от начала заболевания и, как правило, у больных пожилого и старческого возраста. Острый холецистит, осложненный холангитом и гепатитом, с самого начала протекает с интермиттирующей лихорадкой с ознобами, проливными потами и желтухой. Вследствие интоксикации организма развиваются заторможенность, угнетенное состояние или эйфория. Иногда наступает потеря сознания. Желтуха, как правило, интенсивная. К ней присоединяется острая печеночная недостаточность, а затем и ОПН.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Острый холецистит следует дифференцировать с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, инфарктом миокарда, острым аппендицитом, острым инфекционным гепатитом, правосторонней нижнедолевой пневмонией, острой кишечной непроходимостью, раком желчного пузыря.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Исключить прием пищи и воды через рот.
- Постельный режим.
- Положить пузырь со льдом на правое подреберье.

- Принять внутрь одну таблетку дротаверина (но-шпы*), одну таблетку метамизола натрия (баралгина*).

ЛЕЧЕНИЕ

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Лечение больных острым холециститом следует начинать на догоспитальном этапе. Основная задача СМП при остром холецистите — экстренная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара. Необходимо обеспечить венозный доступ, следить за витальными функциями организма, поддерживать их в соответствии с общими реанимационными принципами. При наличии признаков гиповолемии (сухой обложенный язык, тахикардия, артериальная гипотензия), выраженной интоксикации (лихорадка, озноб), деструктивного холецистита с развитием «острого живота» (положительный симптом Щеткина–Блюмберга): в/в раствор декстрозы (глюкозы*) 5% — 400 мл или физиологического раствора поваренной соли 400 мл.

Если показатели гемодинамики позволяют, внутривенно вводят спазмолитическую смесь: 2 мл — 2% раствора дротаверина, 2 мл — 2% раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл — 0,2% раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл — 0,1% раствора атропина сульфата. Это снимает спазм сфинктера Одди и снижает внутрипротоковое давление вследствие улучшения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку.

Больные с клиническими проявлениями острого холецистита или печеночной колики подлежат немедленной госпитализации. На догоспитальном этапе не должны применяться наркотики и антибиотики.

Оказание скорой медицинской помощи на стационарном этапе

В ОСМПС больных, доставленных с диагнозом «острый холецистит», делят на две основные группы:

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

В группе больных с острым осложненным холециститом выделяют 5 подгрупп:

- острый холецистит, осложненный холедохолитиазом;
- острый холецистит, осложненный распространенным перитонитом;
- острый холецистит, осложненный формированием плотного инфильтрата;
- острый холецистит в сочетании с холангитом;
- острый холецистит в сочетании с панкреатитом.

Критерии диагностики острого неосложненного калькулезного холецистита в ОСМПС:

- общие симптомы;
- данные физикального осмотра;
- УЗИ-признаки.

Общие симптомы

Наиболее характерным симптомом для печеночной (желчной) колики при остром холецистите является приступ болей в правом подреберье. Провоцируют приступ жирная пища, пряности, копчености, острые приправы, резкое физическое напряжение, работа в наклонном положении, а также инфекция. Желчная

колика начинается внезапно. В начале приступа боли разлитые и охватывают все правое подреберье, а затем концентрируются в области желчного пузыря или в подложечной области. Боль по интенсивности разнообразна: от сильной, режущей до относительно слабой, ноющей. Иногда боль иррадирует в поясничную область, в область сердца, провоцируя приступ стенокардии. Болевой приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов и даже дней, причем боли то утихают, то вновь усиливаются. В обоих случаях приступ заканчивается так же внезапно, как и начался. Желчная колика обычно сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Повышение температуры тела — довольно надежный признак воспалительной реакции. Высокая температура (более 38 °С) нередко служит признаком гнойного и деструктивного холецистита.

Физикальный осмотр

Оцениваются степень тяжести больного, температура тела, частота пульса, состояние языка, кожных покровов и склер. Пальпаторно определяют локализацию боли, наличие инфильтрата, его локализацию, подвижность и размеры. Выявляют патогномоничные симптомы острого холецистита (Мерфи, Кера, Ортнера, Мюсси); наличие перитонеальных симптомов и их локализацию. Перкуторно проверяют наличие печеночной тупости, притупление звука по флангам брюшной полости справа и слева, а также в нижних отделах. Аускультативно — наличие или отсутствие перистальтики кишечника.

УЗИ-симптомы

Оцениваются:

- печень;
- желчный пузырь:
 - ◇ размеры;
 - ◇ толщина стенки;
 - ◇ двойной контур;
 - ◇ слоистость стенки;
 - ◇ содержимое;
- паравезикальное пространство:
 - ◇ жидкость;
 - ◇ инфильтрат;
 - ◇ внутри- и внепеченочные желчные протоки;
- поджелудочная железа;
- почки.

Протоколы обследования в ОСМПС:

- лабораторные исследования;
- инструментальные исследования;
- консультации специалистов.

Обязательные лабораторные исследования:

- общий анализ крови при поступлении, затем каждые 6 ч в первые сутки; накануне выписки из стационара.

В первые 2 ч после поступления и накануне выписки:

- общий анализ мочи;
- сахар крови, билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, общий белок, амилаза;
- коагулограмма (у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию, и при высоком риске анестезиологического пособия), в течение первых суток — у соматически неотягощенных больных.

Обязательные инструментальные обследования:

- УЗИ органов брюшной полости — обязательно при поступлении больного для уточнения диагноза, наличия конкрементов, билиарной гипертензии, свободной жидкости в брюшной полости, исключения паразитарной этиологии заболевания;
- ФЭГДС — обязательна для оценки состояния желудка, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка, наличия и характера поступления желчи в двенадцатиперстную кишку;
- ЭКГ (повторно при необходимости и у пациентов с высоким интраоперационным риском);
- рентгенография грудной клетки — обязательное исследование у лиц пожилого возраста, у молодых пациентов при отсутствии заключения планового исследования за последние 6 мес.

Дополнительные исследования (проводятся при наличии сопутствующих заболеваний):

- консультация терапевта и других специалистов по показаниям;
- ЭхоКГ (назначается врачом-терапевтом);
- копрологическое исследование (при подозрении на паразитарную этиологию заболевания);
- исследование уровня натрия, калия, общего кальция, хлоридов, уровня кислорода крови, углекислого газа в крови (назначается врачом анестезиологом-реаниматологом);
- рентгенография органов брюшной полости (при подозрении на перфорацию полого органа или острую кишечную непроходимость).

Тактика врача

Тактика врача скорой медицинской помощи ОСМПС:

- все больные с клиническими проявлениями острого холецистита подлежат госпитализации в хирургический стационар независимо от тяжести состояния пациента и выраженности болевого синдрома — в отделение краткосрочного пребывания либо в палаты интенсивной терапии;
- ФЭГДС выполняется в течение 24 ч от момента поступления пациента в стационар при консервативной тактике ведения больного. Запрещается возврат больного для выполнения ФЭГДС из отделения реанимации в эндоскопический кабинет. Противопоказания к ФЭГДС:
 - ◇ острый ИМ;
 - ◇ ОНМК;
 - ◇ агональное состояние;
- тактика ведения пациента определяется коллегиально (врач скорой медицинской помощи ОСМПС, врач-хирург специализированного отделения);
- пациенты с осложненными формами острого холецистита направляются для лечения в специализированное хирургическое отделение.

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Консервативная терапия показана пациентам при отсутствии: деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, механической желтухи, высоким

анестезиологическим риском, при отказе пациента от оперативного вмешательства.

- Физический и психический покой.
- Локальная гипотермия желчного пузыря с помощью пузыря со льдом.
- Голод в течение первых суток, диета № 5а со вторых суток поступления в стационар при выборе консервативной тактики ведения больного.
- Зондирование и аспирация желудочного содержимого.
- Очистительные клизмы с первых суток после поступления больного в стационар при явлениях пареза желудочно-кишечного тракта.
- Парентеральное введение препаратов:
 - ✦ растворы спазмолитиков: дротаверин по 40–80 мг до 3 раз/сут, папаверин по 40–60 мг 3–4 раза/сут, платифиллина гидротартрат 0,2% – 1,0 подкожно 3 раза/сут;
 - ✦ антибактериальная терапия: цефалоспорины третьего поколения; фторхинолоны (цефтриаксон 1 г × 2 раза/сут; ципрофлоксацин 500 мг × 2 раза/сут) + нитроимидазолы (метронидазол 500 мг × 3 раза/сут) в течение 3 сут, затем перейти на прием *per os*;
 - ✦ анальгетики – метамизол натрия (баралгин*) или парацетамол 1,0 в/в капельно через 6 ч (максимальная доза до 4,0 г/сут).
- Восполнение ОЦК – инфузионная терапия (внутривенно растворы кристаллоидов) в зависимости от выраженности водно-электролитных нарушений. Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента.
- Симптоматическая терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александров Б.А. Сравнительная оценка различных методов диагностики и хирургическая тактика при холедохолитиазе: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2007. – 120 с.
2. Ашрафов А.А., Рафиев С.Ф. Хирургическая тактика при остром гнойном холангите // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2001. – 102 с.
3. Бабиев В.Ф., Скорляков В.В. Опыт применения набора «Мини-Ассидент» при осложненных формах желчнокаменной болезни // Материалы I съезда хир. Юж. фед. окр. – Ростов н/Д, 2007. – 6 с.
4. Бубнова Е.В. Возможности лучевой диагностики мелких конкрементов гепатикохоледоха: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2011. – 116 с.
5. Велигойкий А.Н., Обуоби Р.Б. Прогнозирование полиорганной недостаточности у больных механической желтухой // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2001. – С. 106–107.
6. Ветшев П.С. Механическая желтуха: причины и диагностические подходы // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 3. – С. 50–57.
7. Виявин М.Ю., Осипова Н.Ю. Возможности спиральной компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии в диагностике холецистолитиаза // Анналы хир. гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 3. – С. 50.
8. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. – М.: Видар-М, 2009. – 568 с.
9. Гостишев В.К., Воротынцев А.С., Кориллин А.В., Меграбян Р.А. Выбор дифференциальной тактики лечения больных острым холециститом. Осложненным гнойным холангитом. (http://www.rmj.ru/articles_3984.htm).

10. Камышевская И.Г., Ратникова В.В. Магнитно-резонансная холангиография в диагностике заболеваний желчного пузыря и желчных протоков // Передовые медицинские технологии практическому здравоохранению: Материалы науч.-практ. конф. – 2008. – С. 254–255.

11. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Фоминов В.М., Карапыш В.А. Хирургическое лечение бескаменного холецистита // Практикующему врачу. – Т. 21, № 1. – С. 115–119.

12. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны // Анналы хир. гепатологии. – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 9–18.

13. Котовский А.Е., Поздеев И.В., Тупикин Л.В. Отдаленные результаты эндоскопической папиллосфинктеротомии // Анналы хир. гепатологии. – 1997. – Т. 2. – С. 132–135.

14. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288 с.

15. Мисник В.И., Меграбян Р.А. и др. Принципы лечения гнойного холангита при остром холецистите // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. – М., 2001. – 115 с.

16. Панин С.И. Неотложная малоинвазивная абдоминальная хирургия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Волгоград, 2013. – 39 с.

17. Ультразвуковое исследование // Хирургия острого живота / Под ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин, С.Ф. Багненко. – СПб., 2007. – С. 200–203.

18. Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика (МРТ, КТ, УЗИ, ОФЭКТ и ПЭТ) заболеваний печени: Руководство для врачей / Под общ. ред. Г.Е. Труфанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 264 с.

19. Щербинина М.Б. Современная тактика ведения пациентов с желчнокаменной болезнью: фокус на возможности консервативной терапии и малоинвазивных методов. <http://surgeryzone.net/>.

20. Acosta J.M., Kathouda N., Debian K.A. et al. Early ductal decompression versus conservative management for gallstone pancreatitis with ampullary obstruction: a prospective randomized clinical trial // Ann. Surg. – 2006. – Vol. 243. – P. 33–40.

21. Ayub K., Imada R., Slavin J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in gallstone-associated acute pancreatitis // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004. – Vol. 4: CD003630.

22. Banks P.A., Freeman M.L., Practice guidelines in acute pancreatitis // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101. – P. 2379–2400.

23. Caddy G.R., Tham T.C. Gallstone disease: symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 20. – P. 1085–1101.

24. Fretz R., Negro F., Bruggman P., Lavanchy D. et al. The European J. of Med. Sciences // Swiss Med. Wkly. – 2013. – Vol. 143, N 13793. – P. 1–13.

25. Kinney T.P. Management of ascending cholangitis // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 2007. – Vol. 17. – P. 289–306.

26. Mallette C., Flynn M.A., Promrat K. Outcome of screening for hepatitis C virus infection based on risk factors // Am. J. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 103. – P. 131–137.

27. National Institutes of Health State-of-the-science statement on endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) for diagnosis and therapy // NIH Consens. State Sci. Statements. – 2002. – Vol. 19. – P. 1–26.

28. Shivcumar S., Peeling R., Jafari Y. et al. Accuracy of Rapid and Point-of-Care Screening Tests for Hepatitis C: A systematic review and meta-analysis // Ann. Intern. Med. – 2012. – Vol. 157, N 8. – P. 558–566.