



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская помощь

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



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

- Эндоскопическое исследование пациентам с перитонеальной симптоматикой и признаками перфорации полого органа не показано.
- С целью декомпрессии толстой кишки при опухолем стенозе рекомендуется рассматривать как альтернативу хирургического лечения постановку саморасширяющегося металлического стента, реканализации опухолевого просвета.
- Использование саморасширяющегося металлического стента рассматривается как этап подготовки больного для выполнения хирургического лечения.
- Для пациентов с перитонеальными симптомами, признаками перфорации полого органа показано экстренное оперативное лечение.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азимов А.А., Абдуллаева Ф.А., Хатамов И.Э. Перитонит у больных с острой кишечной непроходимостью // Хирургия Узбекистана. — Ташкент, 2003. — Т. 3. — С. 6.
2. Макарова М.П., Трицкий Б.С., Быков И.Г. Выбор хирургической тактики при обтурационной тонкокишечной непроходимости // Хирургия. — 2000. — № 8. — С. 45–47.
3. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 832.
4. Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. — М.: Медпресс-информ, 2004. — 371 с.
5. Frago R., Ramirez E., Millan M. et al. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systematic review // Am. J. Surg. — 2013.6. García-Cano J. Colorectal stenting as first-line treatment in acute colonic obstruction // World J. Gastrointest. Endosc. — 2013. — P. 495–501.
7. Li C.Y., Guo S.B., Wang N.F. Decompression of acute left-sided malignant colorectal obstruction: comparing transanal drainage tube with metallic stent // J. Clin. Gastroenterol. — 2013.8. Poves I., Sebastián Valverde E., Puig Companyó S. et al. Results of a laparoscopic approach for the treatment of acute small bowel obstruction due to adhesions and internal hernias // Cir. Esp. — 2013.9. Singh V.V., Draganov P., Valentine J. Efficacy and safety of endoscopic balloon dilatation of symptomatic upper and lower gastrointestinal Crohn's disease strictures // J. Clin. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 39. — P. 284–290.

6.7. УЩЕМЛЕННЫЕ НАРУЖНЫЕ ГРЫЖИ ЖИВОТА

М.В. Ромашкин-Тиманов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Наружная грыжа живота (*hernia abdominalis externa*) — заболевание, при котором органы брюшной полости вместе с покрывающей их париетальной брюшиной выходят через естественные или патологические отверстия в брюшной стенке под кожные покровы. При внезапном сдавлении грыжевого содержимого в грыжевых воротах наступает ущемление грыжи, возникает ущемленная наружная грыжа живота.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Ущемление является самым частым и наиболее опасным осложнением наружных грыж живота.

Основной механизм развития ущемленной грыжи — сдавление вышедших в грыжу органов в грыжевых воротах. В результате сдавления грыжевого содержимого в грыжевых воротах резко нарушается кровоснабжение и быстро развиваются некротические изменения в органах и тканях, находящихся в грыжевом мешке. При наличии в нем сегмента тонкой или толстой кишки возникает странгуляционная кишечная непроходимость — самая неблагоприятная из форм этого осложнения. Возникающие тяжелые вегетативные расстройства и эндогенная дисфункция в короткие сроки приводят к полиорганной недостаточности. Тяжесть возникающих расстройств имеет прямую зависимость от временного фактора, поэтому все лечебно-диагностические мероприятия при ущемленной грыже должны выполняться в экстренном порядке.

В зависимости от локализации и размеров грыжи ущемлению могут подвергаться разные внутренние органы и даже их сочетания. Чаще всего в грыжевом мешке оказывается петля тонкой кишки — 63–68% случаев, сальник ущемляется в 16–20% наблюдений, толстая кишка — в 6–8% случаев. Другие органы брюшной полости ущемляются редко.

В зависимости от преобладающего механизма сдавления грыжевого содержимого выделяют эластическое и каловое ущемление в грыже.

При эластическом ущемлении сдавление грыжевого мешка происходит узкими грыжевыми воротами (по типу «удавки»). Такой механизм ущемления чаще всего возникает при сильных физических нагрузках, кашле и натуживании.

При каловом ущемлении механизм сдавления обусловлен увеличением объема грыжевого мешка за счет переполнения приводящей в грыжу петли кишки химусом или каловыми массами, что наиболее характерно при невправимых грыжах. Вполне очевидно, что во многих случаях имеет место комбинированный механизм ущемления.

В зависимости от положения ущемленной кишки по отношению к ущемляющему кольцу различают полное, пристеночное (рихтеровское) и ретроградное ущемление.

При ретроградном ущемлении пострадавшей является петля кишки, располагающаяся в брюшной полости и сдавленная между уходящими в грыжу двумя другими петлями кишечника.

Патологическая анатомия при ущемленной грыже обусловлена давлением ущемляющего кольца на брыжейку и стенку кишки, что приводит к расстройству крово- и лимфообращения, причем в первую очередь в стенке кишки нарушается венозный отток, вплоть до развития тромбоза вен. Сосудистая гипертензия приводит к пропотеванию плазмы крови в полость грыжевого мешка с образованием «грыжевой воды». По мере развития некротических изменений в стенке кишки выпот может инфицироваться.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В зависимости от положенного в основу принципа выделяют анатомическую, этиологическую и клиническую классификации грыж. Остановимся на послед-

ней, так как она имеет наибольшее значение в практике скорой помощи.

Клиническая классификация грыж:

- вправимые;
- частично вправимые;
- невправимые;
- одиночные;
- множественные;
- рецидивные;
- неоднократно рецидивирующие;
- осложненные;
- осложненные:
 - ◇ ущемлением;
 - ◇ воспалением;
 - ◇ флегмоной грыжевого мешка;
 - ◇ спаечной кишечной непроходимостью.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Ущемленная грыжа распознается по следующим клиническим признакам:

- внезапно наступившим болям в области ранее вправлявшейся грыжи, характер и интенсивность которых зависят от пострадавшего органа; боли, как правило, начинаются внезапно, чаще возникает после сильной физической нагрузки или эпизода резкого повышения внутрибрюшного давления (кашель, натуживание); характерно усиление боли в области грыжи при любой дополнительной нагрузке;
- невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи;
- напряжению и болезненности в области грыжевого выпячивания;
- отсутствию передачи «кашлевого толчка».

При наличии ущемленной грыжи с кишечной непроходимостью у больного к местным симптомам ущемления присоединяются симптомы острой кишечной непроходимости.

При наличии странгуляции у больного дополнительно появляются:

- интенсивные боли в области грыжевого выпячивания;
- жажда, сухость во рту;
- тахикардия ≥ 90 в минуту;
- периодически повторяющаяся рвота;
- задержка отхождения газов;
- при обследовании определяются вздутие живота, усиление перистальтики, «шум плеска».

При каловом механизме ущемления клиническая картина более стертая и на первый план выступают признаки обтурационной кишечной непроходимости с характерными схваткообразными болями.

Если тяжесть общего состояния больного опережает симптомы острой кишечной непроходимости, то следует заподозрить некроз ущемленного в грыже органа. При наличии ущемленной грыжи с гангреной ущемленного органа к вышеперечисленным симптомам присоединяются:

- симптомы эндотоксикоза;
- лихорадка;
- гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки, распространяющийся за пределы грыжевого выпячивания;

- возможно наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Исключить прием пищи и воды через рот.
- Принять постельный режим.
- Не вправлять самостоятельно грыжу.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЕЗДЕ И ДИАГНОСТИКА УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

При приезде на вызов больному с подозрением на ущемленную грыжу следует целенаправленно задать вопрос о времени, с которого произошло невправление ранее самостоятельно вправлявшейся наружной грыжи и времени возникновения болевого синдрома в ней.

На догоспитальном этапе больной с подозрением на ущемление грыжи, а также жалобами на боли в животе, симптомами острой кишечной непроходимости должен быть целенаправленно осмотрен на наличие грыжевых выпячиваний в типичных местах выхода наружных грыж: проекции наружных паховых колец, пупочного кольца, белой линии живота, проекции овальной ямки (область бедренного треугольника).

При наличии послеоперационных рубцов должна быть выполнена детальная пальпация всей длины имеющегося у больного послеоперационного рубца на предмет определения грыжевых выпячиваний.

Дополнительно врач СМП осматривает места выхода наружных грыж редких локализаций. Врачом должны быть осмотрены:

- переднемедиальная сторона внутренней поверхности бедра — запирательная грыжа;
- линия, соединяющая пупок и переднюю верхнюю ость подвздошной кости — грыжи полулунной линии (спигелиевые грыжи);
- поясничная область — треугольник Пети и пространство Гринфельта–Лесгафта — поясничные грыжи;
- проекция большого и малого седалищного отверстий — седалищные грыжи.

Осмотр больного проводится как в положении стоя, так и лежа.

Ущемленную грыжу следует дифференцировать с такими заболеваниями, как:

- пахово-бедренный лимфаденит;
- варикозное расширение большой подкожной вены;
- острый орхоэпидидимит и фуникулит;
- гематома мошонки, водянка оболочек яичка;
- новообразования пупочной области (возможные метастазы);
- абсцессы, инфильтраты.

ЛЕЧЕНИЕ

Оказание скорой медицинской помощи¹ на догоспитальном этапе

На догоспитальном этапе врачом СМП при дифференцировке диагноза между ущемленной грыжей и другим заболеванием все сомнения должны быть решены в пользу диагноза «ущемленная грыжа».

Диагноз или обоснованное предположение (равно как и сомнения) о наличии у больного ущемленной грыжи являются основанием для немедленного

направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

На догоспитальном этапе запрещается проводить вправление ущемленной грыжи, вводить обезболивающие наркотические препараты. Следует помнить, что попытки вправления грыжи недопустимы, так как в практике известны случаи, когда эти действия, выполняемые самим пациентом или врачом, приводили к разрыву ущемленной кишечной петли, обширной гематоме ее брыжейки, отрыву шейки грыжевого мешка или мнимому вправлению грыжевого содержимого.

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи на догоспитальном этапе больной должен быть направлен в стационар для дальнейшего динамического наблюдения.

При наличии ущемленной грыжи больной транспортируется в стационар в положении лежа на носилках.

При наличии признаков острой кишечной непроходимости и/или эндотоксикоза, гиповолемии (сухой обложенный язык, тахикардия, артериальная гипотензия), выраженной интоксикации (лихорадка, озноб), развитии симптомокомплекса «острого живота» (положительный симптом Щеткина–Блюмберга) на догоспитальном этапе осуществляется катетеризация периферической вены и инфузия раствора 5% глюкозы 400 мл или физиологического раствора поваренной соли 400 мл, которая осуществляется во время транспортировки. Во время транспортировки контролируются витальные функции.

Оказание скорой медицинской помощи на стационарном этапе

При поступлении в ОСМПС больному с ущемленной грыжей выполняются диагностические мероприятия, направленные на постановку окончательного диагноза. Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в течение 1 ч.

В стационарном отделении СМП проводится врачебный осмотр, назначаются лабораторные и инструментальные исследования.

- Лабораторные исследования:
 - ✦ клинический анализ крови;
 - ✦ сокращенный биохимический анализ крови (уровень глюкозы крови, билирубин, креатинин, мочевины);
 - ✦ общий клинический анализ мочи.
- Инструментальные исследования:
 - ✦ обзорная рентгенография брюшной полости (оценивается наличие уровней жидкости в тонкой кишке);
 - ✦ обзорная рентгенография легких;
 - ✦ ЭКГ;
 - ✦ УЗИ брюшной полости и грыжевого выпячивания (дополнительно оценивается диаметр тонкой кишки, наличие «маятникообразной перистальтики»).

На госпитальном этапе СМП (в стационаре) на основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования больные с ущемленными грыжами условно должны быть разделены на 3 группы:

- с неосложненной ущемленной грыжей;

- с осложненной ущемленной грыжей;
- с вправившейся ущемленной грыжей.

В группе больных с осложненной ущемленной грыжей следует выделить:

- с ущемленной грыжей, осложненной острой кишечной непроходимостью;
- с ущемленной грыжей, осложненной флегмоной грыжевого мешка;
- с ущемленной послеоперационной вентральной грыжей, так как при ней, как правило, имеются клинические симптомы острой кишечной непроходимости.

Главной задачей обследования больных с ущемленными грыжами в отделении СМП является выделение требующих интенсивной предоперационной подготовки. К ним прежде всего относятся больные с осложненными ущемленными грыжами.

Если в стационарном отделении СМП подтверждается диагноз «ущемленная грыжа», это является основанием для немедленного осмотра больного ответственным дежурным хирургом стационара для принятия окончательного тактического решения.

Диагноз «ущемленная грыжа» служит показанием к неотложной операции в сроки не более 2 ч после поступления больного в стационар после соответствующей предоперационной подготовки.

Решение о выполнении экстренного оперативного вмешательства по поводу ущемленной грыжи является основанием для предоперационного осмотра больного дежурным терапевтом.

Предоперационная подготовка при неосложненной ущемленной грыже в стационарном отделении СМП включает следующие мероприятия:

- опорожнение мочевого пузыря и гигиеническая подготовка области оперативного вмешательства и всей передней брюшной стенки;
- перед операцией больному ставится желудочный зонд и эвакуируется желудочное содержимое; зонд сохраняется до вводного наркоза в операционной для предотвращения регургитации.

При наличии у больного с ущемленной грыжей признаков непроходимости кишечника или некроза органа (гангрены) в стационарном отделении СМП в предоперационную подготовку дополнительно включаются следующие мероприятия:

- катетеризация периферической вены для введения инфузионной терапии; целесообразно введение кристаллоидов до 400 мл/ч;
- за 30 мин до операции внутривенно вводятся антибиотики (цефалоспорины III поколения и метронидазол 100 мл);
- для ранней профилактики ишемических и реперфузионных поражений следует выполнить внутривенное введение инфузионных растворов субстратных антигипоксантов [калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусол*) 400 мл, меглюмина натрия сукцинат (реамберин*) 400 мл].

Из стационарного отделения СМП больные с окончательным диагнозом направляются в операционную.

Все больные с не определенным диагнозом направляются в госпитализации хирургическое отделение

или отделение краткосрочного пребывания для динамического наблюдения и уточнения диагноза.

Единственным методом лечения больных с ущемленной грыжей является неотложная операция, которая должна быть начата не позднее 2 ч с момента поступления больного в стационар.

Все больные с установленным диагнозом «неосложненная ущемленная грыжа» направляются в операционную для выполнения оперативного вмешательства.

Больные с ущемленными грыжами, осложненными острой кишечной непроходимостью, флегмоной грыжевого мешка, послеоперационной ущемленной грыжей должны быть экстренно оперированы после короткой интенсивной предоперационной подготовки. Предоперационная подготовка у таких больных наряду с опорожнением мочевого пузыря, гигиенической подготовкой области оперативного вмешательства, постановкой желудочного зонда и эвакуацией желудочного содержимого дополнительно должна включать:

- катетеризацию периферической или центральной вены и проведение детоксикационной терапии, направленной на борьбу с эндотоксикозом и обезвоживанием организма (целесообразно введение кристаллоидов из расчета 8–10 мл/мин, до 400 мл/ч);
- внутримышечное или внутривенное введение антибиотиков [цефалоспоринов III поколения (1 г) и метронидазола (100 мл) за 30 мин до операции];
- внутривенное введение инфузионных растворов субстратных антигипоксантов и антиоксидантов [калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусол*) 400 мл, меглюмина натрия сукцинат (реамберин*) 400 мл] для ранней профилактики ишемических и реперфузионных поражений.

Такую предоперационную подготовку необходимо проводить в ОРИТ или непосредственно на операционном столе сразу после поступления больного в операционную.

При тяжелом и крайне тяжелом состоянии больного с ущемленной грыжей все диагностические и подготовительные мероприятия необходимо проводить в условиях реанимации.

Из ОРИТ после предоперационной подготовки больные направляются в операционную. Такие мероприятия позволяют стабилизировать состояние больного и выполнять операцию в более благоприятных условиях. Однако даже интенсивная предоперационная подготовка не должна мешать сохранению важного положения — установленный диагноз ущемленной грыжи, осложненной ОКН, служит показанием к неотложной операции в сроки не более 2 ч после поступления больного в стационар.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ

При вправлении ущемленной грыжи больной из ОСМПС (приемное отделение) должен быть госпитализирован в хирургическое отделение или отделение краткосрочного пребывания для динамического наблюдения в течение 24 ч.

Во время динамического наблюдения выполняются повторные врачебные осмотры каждые 2 ч, контроль лейкоцитов крови трехкратно в течение

суток. Если во время динамического наблюдения появляются симптомы ухудшения общего состояния наблюдаемого, появляются перитонеальная симптоматика, признаки эндотоксикоза, нарастает лейкоцитоз, то показана диагностическая лапароскопия. При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи и длительности ущемления 2 ч и более больного следует сразу направить в операционную для выполнения диагностической лапароскопии для определения состояния вправившегося ущемленного органа.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баязитов Н.Р., Парфентьев Р.С. Современные методы лечения брюшных грыж. — Киев: Здоровья, 2001.
2. Егиев В.Н. Натяжная герниопластика. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 147 с.
3. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндовидеохирургия паховых и бедренных грыж. — СПб.: Фолиант, 2000. — 176 с.
4. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 384 с.
5. Информационные материалы по неотложной хирургической помощи при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 2010 г. — Комитет по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга ГУ «Санкт-Петербургский НИИ СП им. И.И. Джанелидзе», 2011. — 15 с.
6. Сиенченко Г.И., Курыгин А.А., Багненко С.Ф. Хирургия острого живота. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. — 512 с.
7. Тимошин А.Д., Юрасов А.В., Шестаков А.Л. Хирургическое лечение паховых и послеоперационных грыж брюшной стенки. — М.: Триада-Х, 2003. — 144 с.
8. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.

6.8. ПЕРФОРАЦИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

С.И. Перегудов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Перфоративная язва — возникновение сквозного дефекта в стенке желудка или двенадцатиперстной кишки и вытекание их содержимого в брюшную полость.

Это одно из тяжелейших и опасных для жизни осложнений язвенной болезни, ведущее к быстрому развитию разлитого перитонита. Реже содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки поступает в сальниковую сумку, просвет другого полого органа, забрюшинное пространство (1–2% случаев).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

При типичном клиническом течении перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки условно выделяют три периода:

- шока;
- мнимого благополучия;
- перитонита.

Заболевание начинается с появления внезапной и очень сильной боли в верхней половине живота, которую сравнивают с «кинжальной»; боль настолько