



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

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

сильна, что больной иногда падает, резко бледнеет, покрывается холодным потом. Боль локализуется, как правило, в эпигастральной области или в правом подреберье, в последующем она становится разлитой, постоянной и по мере распространения излившегося желудочного содержимого охватывает все отделы живота, усиливаясь от малейшего движения, может иррадиировать в правые надплечье, лопатку или надключичную область, в спину.

Общее состояние пациентов, как правило, тяжелое. Больной обычно лежит на спине или правом боку, часто с подтянутыми к животу ногами. Он бледен, выражение лица страдальческое, черты лица заострены, дыхание поверхностное, грудного типа. Общее состояние, как правило, тяжелое. Рвота бывает редко. Температура тела нормальная или несколько пониженная. Часто в первые часы отмечается брадикардия. Живот ладьевидно втянут, в дыхании не участвует. Даже при поверхностной пальпации живота определяются резчайшая болезненность и доскообразное напряжение мышц. Симптом Щеткина–Блюмберга резкоположителен. При перкуссии живота может определяться уменьшение или исчезновение печеночной тупости за счет скопления свободного газа в поддиафрагмальном пространстве, а иногда наличие жидкости в брюшной полости. При ректальном и вагинальном исследованиях можно выявить болезненность передней стенки прямой кишки и сводов влагалища.

В стадии мнимого благополучия (через 3–6 ч) все симптомы сглаживаются, боли постепенно уменьшаются, живот менее напряжен и болезнен, появляется метеоризм вследствие начинающегося пареза кишечника. В этой стадии, если плохо собран анамнез заболевания, могут быть допущены диагностические и тактические ошибки. В последующем развивается перитонит со всеми характерными для него клиническими проявлениями.

### СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Ждать врача лежа, лучше на правом боку.
- Ни в коем случае не пить и не есть.
- Нельзя принимать обезболивающие препараты.
- Положить холод на живот справа.

### ДИАГНОСТИКА

#### Обязательные вопросы

- В каком месте живота Вы ощущаете боль? Какой характер боли? Куда боль иррадирует? Начало боли было внезапное? Сколько времени продолжается?
- Есть ли сухость во рту, жажда?
- Была ли рвота, если да, то какой характер содержимого желудка?
- Был ли черный стул?
- Повышалась ли температура тела?
- Имеются ли заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки?

#### Осмотр и физикальное обследование:

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения;
- оценка внешнего вида (вынужденное положение);

- оценка кожи (бледность, похолодание конечностей, холодный пот на лице), видимых слизистых (бледность, сухой язык);
- исследование пульса, измерение ЧСС и АД (брадикардия в первые часы, затем тахикардия, артериальная гипотензия);
- визуальная оценка дыхания (частое, поверхностное, с полной неподвижностью мышц живота).

#### Пальпация живота:

- боль при поверхностной пальпации живота;
- доскообразное напряжение мышц;
- положительный симптом Щеткина–Блюмберга (перитонит) — усиление болей в момент резкого отнятия производящей давление руки.

#### Специфичные для прободной язвы перкуторные признаки:

- симптом Жобера — исчезновение печеночного притупления;
- симптом Спигарского — определяется зона высокого тимпанита в эпигастральной области.

Если у больного выявляется триада основных признаков (язвенный анамнез, характерная боль и ригидность брюшной стенки), то постановка диагноза перфоративной язвы не представляет особых трудностей.

Однако нужно всегда помнить о случаях атипичного течения заболевания. При прикрытых перфорациях клиническая картина характеризуется типичным началом и стертой последующих признаков прободения. Атипичную клиническую картину дает прободение язв задней стенки двенадцатиперстной кишки в забрюшинную клетчатку (боль в эпигастральной области с иррадиацией в спину, болезненная припухлость и возможная крепитация в поясничной области, позже — развитие забрюшинной флегмоны). Следует также учитывать, что в 10% прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки сочетаются с кровотечением.

#### Наиболее часто встречающиеся ошибки:

- невыявление имеющегося язвенного анамнеза;
- непроведение перкуссии живота с целью определения специфичных для прободной язвы признаков.

### ЛЕЧЕНИЕ

Показания к госпитализации: пациенты с перфоративной гастродуоденальной язвой нуждаются в экстренной госпитализации в хирургическое отделение стационара.

#### Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

- Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общими реанимационными принципами).
- Перед медицинской эвакуацией ввести желудочный зонд и без промывания удалить желудочное содержимое.
- Инфузионная терапия [400–800 мл в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, раствор декстрозы (глюкозы\*) 5% — 400 мл].
- Запрещается введение обезболивающих препаратов.

## Оказание скорой медицинской помощи на стационарном этапе

### Протокол диагностики перфоративной гастродуоденальной язвы в ОСМПС или в приемном отделении

Основанием для установления диагноза перфоративной язвы является сочетание минимум двух следующих выявленных признаков:

- типичная клиническая картина (внезапные интенсивные боли в животе, типичный язвенный анамнез, доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, исчезновение печеночного притупления);
- обнаружение на обзорной рентгенограмме живота или УЗИ свободного газа в брюшной полости;
- в сомнительных ситуациях выполняют ФЭГДС (пневмогастрографию) и повторное рентгенологическое исследование;
- при обнаружении в животе при УЗИ свободной жидкости без воздуха показано проведение лапароскопии.

Установление диагноза перфоративной язвы является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству, пациента сразу направляют в операционную. При тяжелом состоянии (клиническая картина разлитого перитонита) проводится короткая предоперационная подготовка (не должна превышать 2 ч) на операционном столе.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургия острого живота / Под общ. ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. — СПб.: Элби-СПб, 2007. — С. 88–107.
2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Хирургические проблемы неотложной гастроэнтерологии. — М.: ГИС, 2009. — С. 337–352.
3. Синенченко Г.И., Перегудов С.И., Вербицкий В.Г. Перфорация кровотока гастродуоденальных язв: Пособие для врачей. — СПб.: НИИ скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе, 2011. — 20 с.