



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

ПАЛЬПАЦИЯ

- Поверхностная: защитное напряжение мышц передней брюшной стенки при перитоните (тотальное — при разлитом, местное — при отграниченном).
- Глубокая: патогномичные симптомы острых хирургических заболеваний брюшной полости (Щеткина–Блюмберга, Ситковского, Воскресенского, Ровзинга, Мерфи, Ортнера, Валя, Склярова, Кивуля и др.).

Лечение

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

В случае с абдоминальной болью установить диагноз и назначить патогномичное лечение не представляется возможным, поэтому основной задачей догоспитального этапа СМП является предварительная диагностика вышеперечисленных нозологических форм с дифференциальной диагностикой с другой патологией, проявляющейся острыми абдоминальными болями, но не требующей срочной госпитализации и оказания СМП в экстренной форме.

Все больные с острой болью в животе подлежат госпитализации в хирургический стационар или в инфекционную больницу в зависимости от предположительного диагноза. Транспортировка больных — лежа на носилках. Женщины с болями в животе подлежат госпитализации в многопрофильный стационар (обязательное условие — наличие гинекологического отделения).

Медицинские мероприятия на догоспитальном этапе (при наличии симптомов «острого живота» и общем тяжелом состоянии больного):

- обеспечение надежного венозного доступа;
- контроль и поддержание витальных функций;
- при признаках гиповолемии, артериальной гипотензии внутривенное введение 0,9% физиологического раствора — 400 мл с добавлением спазмолитиков [дротаверин (но-шпа*) 2,0 мл];
- при тошноте и рвоте допустимо введение метоклопрамида 10 мг (или церукала* 2,0 в/м);
- срочная транспортировка больного в хирургический стационар на носилках (женщин — в многопрофильный стационар с гинекологическим отделением).

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

В ОСМПС необходимо разделить пациентов с острой абдоминальной болью в соответствии с предполагаемой причиной возникновения (см. раздел «Классификация острой абдоминальной боли»). Больные с диагнозом направления «острый живот» подлежат направлению к хирургу и должны быть обследованы в соответствии с требованием протокола «острый живот» (приказ МЗ РФ № 1410н от 24.12.2012).

В случае тяжелого состояния пациентов (нестабильная гемодинамика, продолжающееся желудочно-кишечное или внутрибрюшное кровотечение, признаки разлитого перитонита) пациенты

после оформления истории болезни подлежат переводу в хирургическую реанимацию, где им проводят интенсивную терапию, дополнительное обследование в минимальном объеме и затем в хирургическом отделении выполняют экстренное оперативное лечение по жизненным показаниям.

Остальные пациенты маршрутизируются в соответствии с принятой в отношении каждой из нозологических форм тактикой (см. соответствующие разделы настоящего Руководства).

В случае поступления в стационар женщин с подозрением на «острый живот» они должны быть обследованы у хирурга по утвержденному протоколу с добавлением ряда диагностических тестов, направленных на верификацию острой гинекологической патологии (УЗИ малого таза + тест на хорионический гонадотропин человека + консультация гинеколога при локализации болей в нижних отделах живота и отсутствии данных об острой хирургической патологии). Необходимо отметить, что обзорной рентгенографии органов брюшной полости должен предшествовать тест на хорионический гонадотропин человека (для исключения беременности раннего срока).

При выявлении острой хирургической патологии пациенты подлежат срочному оперативному лечению по жизненным показаниям.

При выявлении острой гинекологической патологии пациентки подлежат лечению (включая оперативное лечение) в условиях гинекологического стационара.

При невозможности исключения острой хирургической или гинекологической патологии пациенты должны быть оставлены для динамического наблюдения в отделении краткосрочного пребывания (или в отделении по предполагаемому профилю заболевания).

При исключении острой хирургической и гинекологической патологии пациенты подлежат выписке из стационара с рекомендациями наблюдаться у специалистов соответствующего профиля по месту жительства.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ:

- недооценка тяжести заболевания;
- применение болеутоляющих, антисекреторных препаратов, антацидов;
- применение антигистаминных препаратов;
- применение грелок и клизм;
- промывание желудка.

6.2. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Э.Г. Цветков

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый аппендицит — острое воспаление червеобразного отростка слепой кишки. Является наиболее частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости, относится к группе «острый живот». Может возникнуть в любой возрастной группе, но наибольшая частота его отмечается в юношеском и молодом возрасте. Результаты лечения острого аппендицита имеют прямую зависимость от сроков оперативного вмешательства.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Острый аппендицит по своей сущности является неспецифическим воспалением червеобразного отростка, вызываемым преимущественно возбудителями гнойной инфекции, обитающими в просвете кишечника:

- кишечная палочка;
- энтерококк;
- стафилококк;
- стрептококк и др.

Однако острый аппендицит может быть также следствием специфического инфекционного заболевания:

- сальмонеллеза;
- дизентерии;
- псевдотуберкулеза.

В развитии острого аппендицита имеют значение транслокация патогенной микрофлоры из просвета кишечника в интрамуральные лимфоидные образования червеобразного отростка и их последующее воспаление. В ряде случаев острый аппендицит развивается вследствие лимфогенного или гематогенного инфицирования. Энтерогенная инфекция червеобразного отростка возможна лишь при определенной степени снижения барьерной функции эпителия его слизистой оболочки, что может быть обусловлено нарушением регионарного кровообращения, повышением давления в его просвете, повреждением слизистой оболочки и, возможно, другими еще невыясненными причинами.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Практическая необходимость классификации острого аппендицита обусловлена существенными различиями содержания лечебной тактики, оперативного вмешательства и исходов лечения в зависимости от характера патологических изменений в червеобразном отростке и прилежащих органах. В зависимости от клинической картины заболевания выделяют:

- острый аппендицит с типичной клинической картиной;
- острый аппендицит с атипичной клинической картиной:
 - ✧ дизурическими расстройствами;
 - ✧ симптомами гинекологических заболеваний;
 - ✧ симптомами заболеваний желчевыводящих путей;
 - ✧ диареей или другими признаками острых желудочно-кишечных инфекций;
 - ✧ признаками тяжелой гнойной интоксикации;
 - ✧ гиперпирексией.

По характеру морфологических изменений в стенке червеобразного отростка острый аппендицит подразделяется на:

- простой (поверхностный, катаральный);
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный.

По распространенности патологического процесса острый аппендицит делится на:

- неосложненный;
- осложненный:
 - ✧ аппендикулярным инфильтратом;

- ✧ аппендикулярным или межкишечным абсцессом;
- ✧ местным или разлитым перитонитом;
- ✧ забрюшинной флегмоной и др.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Приступ острого аппендицита обычно развивается внезапно. Появляется боль, первоначально, как правило, локализуемая в подложечной области или около пупка. Боль может носить разлитой характер. Спустя некоторое время (3–5 ч) боль локализуется в правой подвздошной области (симптом Кохера). Боль при остром аппендиците обычно:

- умеренно выраженная;
- постоянная;
- усиливающаяся при:
 - ✧ движении больного;
 - ✧ кашле;
 - ✧ физическом напряжении.

На фоне боли может развиваться:

- вздутие живота;
- задержка стула и газов;
- тошнота;
- рвота;
- бывает жидкий стул;
- субфебрильная лихорадка;
- ложные позывы на мочеиспускание.

Наличие этих симптомов указывает на высокую вероятность деструктивных изменений в червеобразном отростке.

Кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита — болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области — определяются при пальпации живота. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать в первые часы заболевания, при тазовом, ретроцекальном и забрюшинном расположении червеобразного отростка, у пожилых и истощенных больных.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В диагностике острого аппендицита главную трудность представляют атипичные клинические формы. В зависимости от характера клинических проявлений острый аппендицит необходимо дифференцировать с заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки, внепеченочных желчных путей, острым панкреатитом, острым энтероколитом, острой кишечной непроходимостью, заболеваниями женской половой сферы, почечной коликой справа.

СОВЕТЫ ПОЗВОНИВШЕМУ

- Позволить больному принять удобную для него позу.
- Запретить больному есть и пить.
- Запретить больному принимать обезболивающие лекарственные средства.
- Рекомендовать измерить температуру тела больного.
- Не оставлять больного без присмотра.

ДЕЙСТВИЯ НА ВЫЗОВЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Обязательные вопросы

- В каком месте живота Вы ощущаете боль?

- Каков характер боли?
- Перемещаются ли боли?
- Сколько времени продолжают боли?
- Была ли рвота?
- Повышалась ли температура тела?
- Изменился ли характер стула?

ДИАГНОСТИКА

- Оценка общего состояния и жизненно важных функций организма:
 - ✦ сознания;
 - ✦ дыхания;
 - ✦ кровообращения.
- Визуальная оценка:
 - ✦ цвета кожных покровов (бледные);
 - ✦ видимых слизистых (сухой язык, наличие налета);
 - ✦ участие живота в акте дыхания.
- Исследование пульса, измерение ЧСС, АД (тахикардия, артериальная гипотензия).
- Пальпация живота — болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области — кардинальные признаки типично протекающего острого аппендицита.

Выявление симптомов острого аппендицита

- Симптом Кохера — смещение боли из эпигастриальной области или верхних отделов живота в правую подвздошную область.
- Симптом Бартоломье–Михельсона — усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку.
- Симптом Образцова — усиление боли во время пальпации в правой подвздошной области при поднятии выпрямленной в коленном суставе правой ноги.
- Симптом Ровзинга — появление или усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.
- Симптом Ситковского — появление или усиление болей в правом боку при повороте больного на левый бок.
- Симптом Щеткина–Блюмберга (перитонит) — усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.
- Ректальное пальцевое исследование — болезненность и нависание передней стенки прямой кишки.

Наличие ассоциированных симптомов:

- вздутие живота;
- задержка стула и газов;
- тошнота, рвота;
- кратковременная диарея;
- субфебрильная лихорадка;
- ложные позывы на мочеиспускание.

ЛЕЧЕНИЕ

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

При подозрении на острый аппендицит больной должен быть немедленно доставлен в многопрофильный стационар, где возможно проведение дополнительных исследований и привлечение смеж-

ных врачей-специалистов. В случае атипичной клинической картины допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общими реанимационными принципами при перитоните).

При неснятом диагнозе острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также применение клизм и обезболивающих лекарственных препаратов. Транспортировка осуществляется лежа на носилках.

В случае категорического отказа больного от госпитализации он сам и его родственники должны быть предупреждены о возможных последствиях с соответствующей записью в медицинской документации; целесообразно организовать динамическое наблюдение за пациентом врачом поликлиники.

Часто встречающиеся ошибки

- Введение анальгетиков (особенно наркотических) и слабительных.
- Применение местного тепла (грелки) и очистительных клизм, способствующих развитию деструктивного аппендицита.
- Промывание желудка.
- Отказ от госпитализации.

Оказание медицинской помощи на стационарном этапе скорой медицинской помощи

Наличие болей в животе требует целенаправленного исключения диагноза «острый аппендицит» с учетом разнообразия его атипичных форм. Задачами врача ОСМПС (приемного отделения) являются выявление больных с острым аппендицитом и подготовка их к хирургическому лечению, а также выявление пациентов с подозрением на это заболевание и обеспечение их госпитализации в хирургическое отделение для динамического наблюдения, дополнительного обследования и лечения.

ДИАГНОСТИКА

- В ОСМПС больной с болями в животе должен быть осмотрен:
 - ✦ врачом-хирургом;
 - ✦ врачом-терапевтом (при наличии сопутствующей терапевтической патологии);
 - ✦ при необходимости врачом-урологом и/или врачом-акушером-гинекологом.
- Должны быть взяты:
 - ✦ клинический и биохимический анализы крови;
 - ✦ общий анализ мочи.
- Выполнены:
 - ✦ ЭКГ;
 - ✦ рентгенография груди;
 - ✦ при необходимости — рентгенография живота;
 - ✦ УЗИ органов живота и малого таза;
 - ✦ фиброэзофагогастроуденоскопия (ФЭГДС) (для исключения обострения язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, острого панкреатита, патологии внепеченочных желчных путей, острой кишечной непроходимости и т.д.).

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;