



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

29. Siriboon Attasaranya, Evan L. Fogel., Glen A. Lehman. Cholelithiasis, ascending cholangitis and gallstone pancreatitis // Med. Clin. N. Am. — 2008. — Vol. 92. — P. 925–960.

30. Sugiyama M., Atomi Y. Risk factors for acute biliary pancreatitis // Gastrointest. Endosc. — 2004. — Vol. 60. — P. 210–212.

31. Verma D., Kapadia A., Eisen G.M. et al. EUS vs MRCP for detection of cholelithiasis // Gastrointest. Endosc. — 2006. — Vol. 64. — P. 248–254.

32. Wada K., Takada T., Kawarada Y. et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholangitis: Tokyo guidelines // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. — 2007. — Vol. 14. — P. 52–58.

33. Weinbaum C.M., Mast E.E., Ward J.W. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection // Hepatology. — 2009. — Vol. 49. — P. 35–44.

34. Whitcomb D.C. Clinical practice. Acute pancreatitis // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354. — P. 2142–2150.

6.4. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

В.Р. Гольцов

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый панкреатит — это остро возникшее воспалительное заболевание поджелудочной железы, характеризующееся активацией ее пищеварительных ферментов с последующим развитием отека (отечный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит), сопровождающееся воспалительной реакцией.

Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причем каждой его фазе соответствует определенная клиническая форма.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Причины острого панкреатита:

- злоупотребление алкоголем и острой или жирной пищей;
- желчнокаменная болезнь;
- травмы поджелудочной железы;
- нетравматические стриктуры панкреатических протоков;
- заболевания двенадцатиперстной кишки (язва, дуоденостаз).

Острый деструктивный панкреатит — это первично асептический панкреонекроз с последующей воспалительной реакцией на очаги сформировавшегося некроза. Первичными агрессивными веществами, разрушающими клеточные мембраны панкреоцитов, являются ферменты поджелудочной железы. При остром панкреатите происходит внутрипротоковая активация ферментов (которые в норме находятся в поджелудочной железе в неактивном состоянии) и запуск процесса формирования панкреонекроза. После этого патологический процесс приобретает лавинообразный характер с образованием и выбросом в сосудистое русло вторичных агрессивных факторов — эндотоксинов (цитокинов, кининов, нейропептидов, продуктов перекисного окисления липидов и др.), которые, в свою очередь, ведут к развитию эндотоксикоза и в дальнейшем определяют клиническую картину течения заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ

* Острый панкреатит целесообразно классифицировать по клиническому течению на:

- легкий;
- средний;
- тяжелый.

Морфологические проявления, как правило, соответствуют тяжести заболевания. Отечная форма панкреатита имеет легкое течение. Панкреонекрозу (в зависимости от его масштаба) соответствует среднее или тяжелое течение. Острый деструктивный панкреатит (т.е. панкреонекроз) имеет фазовое течение:

- ферментативная фаза (первые 5 сут заболевания) характеризуется формированием панкреонекроза и развитием эндотоксикоза;
- в реактивной фазе (2-я неделя заболевания) происходит реакция организма на сформировавшийся панкреонекроз в виде перипанкреатического инфильтрата;
- в фазе секвестрации (3-я неделя и более) происходит формирование секвестров и отторжение некротических тканей:
 - ◇ асептическая секвестрация (без инфицирования) — с формированием кисты поджелудочной железы;
 - ◇ септическая секвестрация (с инфицированием) — с развитием гнойных осложнений.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Внезапно появляется сильная постоянная боль в эпигастриальной области и верхних отделах живота, которая иррадирует в спину или имеет опоясывающий характер. Больной острым панкреатитом часто принимает вынужденное положение («позу зародыша»), уменьшающее боль. Нередко развиваются неукротимая рвота, тахикардия, артериальная гипотензия, парез кишечника, острый респираторный дистресс-синдром взрослых. Гемодинамические нарушения при остром панкреатите могут быть крайне тяжелыми, вплоть до развития коллаптоидного состояния и шока. Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

ДИАГНОСТИКА

Обязательные вопросы

- В каком месте живота Вы ощущаете боль? Каков характер боли? Куда боль иррадирует? Начало боли было внезапное? Сколько времени продолжается?
- Была ли рвота? Сколько раз?
- Повышалась ли температура тела?
- Уменьшилось ли мочеиспускание?
- Есть ли заболевания желчевыводящей системы?
- Сколько алкоголя в день Вы употребляете?
- Были ли раньше приступы панкреатита?
- Были ли накануне погрешности в диете, употребление большого количества алкоголя?

Осмотр и физикальное обследование:

- оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения;

- визуальная оценка цвета кожи (мраморность кожи живота и конечностей, кровоизлияния на боковых поверхностях живота и пупочной области), видимых слизистых (сухой язык);
- исследование пульса, измерение ЧСС и АД (тахикардия, артериальная гипотензия);
- пальпация живота:
 - ✦ боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота;
 - ✦ напряжение мышц;
 - ✦ положительные симптомы раздражения брюшины.

Симптомы острого панкреатита:

- Керте — локальное вздутие по ходу поперечной ободочной кишки и напряжение мышц передней брюшной стенки;
- Мейо-Робсона — локализация болей в левом реберно-позвоночном углу;
- Воскресенского — отсутствие пульсации брюшной аорты;
- Щеткина-Блюмберга (перитонит) — усиление болей в момент резкого отнятия производящей давление руки;
- наличие ассоциированных симптомов:
 - ✦ рвота;
 - ✦ артериальная гипотензия;
 - ✦ метеоризм;
 - ✦ анурия.

ЛЕЧЕНИЕ

Показания к госпитализации: пациенты с острым панкреатитом 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).
- Инфузионная терапия (800 мл и более) в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, раствор декстрозы (глюкозы*) 5% — 400 мл.
- Обезболивание (после начала инфузионной терапии из-за возможного снижения АД).
- При боли средней интенсивности применяют спазмолитики: дротаверин в/в медленно, 40–80 мг (раствор 2% — 2–4 мл). Допустим прием нитроглицерина под язык в таблетках (0,25 мг или полтаблетки) или спрея (400 мкг или 1 доза).
- При выраженном болевом синдроме используют ненаркотические анальгетики: в/в кеторолак 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 с или в/м.

Оказание скорой медицинской помощи на стационарном этапе

Протокол диагностики острого панкреатита в отделении скорой медицинской помощи стационара или в приемном отделении

- Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков:

- ✦ типичная клиническая картина (интенсивные не купируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие желчнокаменной болезни в анамнезе и др.);
- ✦ УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости);
- ✦ лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия).
- Параллельно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания: тяжелый, средний или легкий острый панкреатит. Наиболее важно раннее выявление тяжелого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Признаки, характерные для тяжелого острого панкреатита, следующие:
 - ✦ перитонеальный синдром;
 - ✦ олигурия (менее 250 мл за последние 12 ч);
 - ✦ кожные симптомы (гиперемия лица, «мраморность» кожи, цианоз кожи и слизистых);
 - ✦ САД менее 100 мм рт.ст.;
 - ✦ энцефалопатия;
 - ✦ уровень гемоглобина более 160 г/л;
 - ✦ количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;
 - ✦ уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л;
 - ✦ уровень мочевины более 12 ммоль/л;
 - ✦ метаболические нарушения по данным ЭКГ;
 - ✦ отсутствие эффекта от базисной терапии.
- Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных выше, позволяет диагностировать тяжелый или среднетяжелый острый панкреатит, и пациент подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (легкий острый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение.

Протокол лечения острого панкреатита легкой степени в отделении скорой медицинской помощи или в приемном отделении

- Для лечения легкого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:
 - ✦ голод;
 - ✦ зондирование и аспирация желудочного содержимого;
 - ✦ местная гипотермия (холод на живот);
 - ✦ анальгетики;
 - ✦ спазмолитики;
 - ✦ инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24–48 ч.
- Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной терапией:
 - ✦ препарат выбора — октреотид 100 мкг × 3 раза подкожно;
 - ✦ препарат резерва — фамотидин (квamatел*, 40 мг × 2 раза в/в).
- При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 ч и наличии хотя бы одного из признаков тяжелого панкреатита следует констатировать тяжелый/среднетяжелый

панкреатит и перевести больного в отделение реанимации и интенсивной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Багненко С.Ф., Курьгин А.А., Синенченко Г.И. Хирургическая панкреатология. — СПб.: Речь, 2009. — 608 с.
2. Толстой А.Д., Панов В.П., Краснорогов В.Б. Парапанкреатит (этиология, патогенез, диагностика, лечение). — СПб., 2003. — 256 с.
3. Beger H.G., Rau B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management // World J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 13, N 38. — P. 5043–5051.
4. Bradley E.L. 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis // Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis. — Atlanta, 1992. — Vol. 128.
5. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P.A. Banks, M.L. Freeman // Am. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 101. — P. 2379–2400.

6.5. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

В.Г. Вербницкий

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желудочно-кишечные кровотечения — синдромальный диагноз, объединяющий осложненное кровотечением течение различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Массивные желудочно-кишечные кровотечения нередко (10–15%) являются причиной развития угрожающего жизни геморрагического шока.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Патогенетический механизм желудочно-кишечных кровотечений обусловлен двумя основными факторами:

- обнажение и/или эрозия крупных сосудов при повреждениях эпителия слизистой оболочки вследствие изменения баланса между защитным барьером слизистой оболочки и внутрипросветной кислотно-пептической агрессией, а также инфицирования *Helicobacter pylori*;
- нарушение целостности сосудистой стенки при резком повышении внутрисосудистого давления или массивной травме желудочно-кишечного тракта.

Согласно первому механизму развиваются кровотечения из язв и эрозий желудка и пищевода, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной

кишки, при ишемическом и неспецифическом язвенном колитах, других инфекционных и идиопатических поражениях кишечника.

Резкое повышение давления в сосуде, приводящее к его разрыву, является основным механизмом развития кровотечения при варикозно расширенных венах пищевода, желудка и геморроидального сплетения, а также при дивертикулезе.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Желудочно-кишечные кровотечения классифицируют по локализации и источнику, характеру (клиническому течению) и в зависимости от степени кровопотери.

Выделяют кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (около 80% случаев), когда источник кровотечения располагается в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке (проксимальнее связки Трейтца), и нижних отделов — источник кровотечения располагается в тощей, подвздошной или толстой кишке (табл. 6.1).

Классификация желудочно-кишечных кровотечений по клиническому течению:

- продолжающееся;
- профузное (как правило, с геморрагическим шоком);
- остановившееся (состоявшееся);
- рецидивное (повторное).

Классификация по степени тяжести кровопотери:

- легкие (степень I). Состояние удовлетворительное. Однократная рвота или однократный оформленный стул черного цвета. ЧСС 80–100 в минуту; САД ≥ 100 мм рт.ст., диурез ≥ 2 л/сут;
- средней степени тяжести (степень II). Состояние больного средней степени тяжести. Повторная рвота кровью или мелена. ЧСС 100–110 в минуту; САД 100–120 мм рт.ст.; диурез ≤ 2 л/сут;
- тяжелые (степень III). Состояние тяжелое; сознание нарушено, вплоть до комы. Повторная рвота малоизмененной кровью, жидкий дегтеобразный стул или стул малоизмененной кровью. ЧСС ≥ 120 в минуту; САД ≤ 90 мм рт.ст. Олигурия, метаболический ацидоз.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Выделяют скрытый период, когда отсутствуют очевидные признаки желудочно-кишечного кровотечения (имеются лишь общие симптомы внутреннего кровотечения), и период явных признаков (рвота, мелена).

Таблица 6.1. Причины возникновения желудочно-кишечных кровотечений

Из верхних отделов ЖКТ	Из нижних отделов ЖКТ
<p>Язва двенадцатиперстной кишки и/или желудка — 45%. Эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки: стрессовые; лекарственные; азотемические и др. — 20%. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка — 15%. Синдром Мэллори–Вейсса — 10%. Опухоли пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки — 5%. Другие причины — 5%</p>	<p>Дивертикулит. Опухоли и полипы толстой кишки. Ангиодисплазия. Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Геморрой. Инфекционные заболевания</p>