

Тема: «Оказание скорой медицинской помощи при аппендиците, холецистите, панкреатите».

Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром аппендиците.

Острый аппендицит — воспаление червеобразного отростка слепой кишки, является самым частым хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Это заболевание 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 (кишечной палочкой, энтерококком, стафилококком, стрептококком и др.). Однако острый аппендицит может быть также следствием специфического инфекционного заболевания — сальмонеллеза, дизентерии, псевдотуберкулеза.

В развитии острого аппендицита участвуют 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 не выясненными причинами.

Классификация

Практическая необходимость классификации острого аппендицита обусловлена существенными различиями содержания 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).

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Клиническая картина. Приступ острого аппендицита обычно развивается внезапно. Появляется боль, первоначально 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). Боли при остром аппендиците обычно постоянные, усиливающиеся при движении больного, кашле, физическом напряжении. На фоне боли могут развиваться вздутие живота, задержка стула и газов, тошнота, рвота, бывают 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. 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 от заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки, внепеченочных желчных путей, острого панкреатита, острого энтероколита, острой кишечной непроходимости, заболеваний женской половой сферы, почечной колики справа.

Советы позвонившему

- Больной должен принять удобную для него позу
- Не давать больному есть и пить
- Запретить больному принимать обезболивающие лекарственные средства.
- Измерить температуру тела больного.
- Не оставлять больного без присмотра.

Действия на вызове

Обязательные вопросы

1. В каком месте живота ощущается боль? Каков характер боли? Перемещаются ли боли и сколько времени продолжаются?

2. Была ли рвота?

3. Повышалась ли температура тела?

■ Изменился ли характер стула?

■ Оценка общего состояния и жизненно важных функций организма: сознание, дыхания, кровообращения

■ Визуальная оценка цвета кожных покровов (бледные), видимых слизистых оболочек (сухой язык, наличие налета), участие живота в акте дыхания.

■ Исследование пульса, измерение ЧСС, АД (тахикардия, гипотония).

■ 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 эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область

- Симптом Бартоломье-Михельсона — усиление боли при пальпации правой подвздошной области в положении больного лежа 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 боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область.

- Симптом Ситковского — появление или усиление боли 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. При подозрении на острый аппендицит больной должен быть немедленно доставлен в многопрофильный стационар, где возможно проведение дополнительных исследований и привлечение смежных врачей-специалистов. При этом, в случае атипичной клинической картины, допустимо использовать диагноз направления «острый живот».

Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций выполняют в соответствии с общереанимационными принципами при перитоните.

При неснятом диагнозе острого аппендицита противопоказано применение местного тепла (грелки) на область живота, а также 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, а также должно быть организовано динамическое наблюдение за пациентом врачом поликлиники.

Часто встречаемые ошибки

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

Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром холецистите.

Острый холецистит — острое воспаление желчного пузыря.

Острый калькулезный холецистит — воспаление, вызванное обтурацией пузырного протока камнем, что приводит к застою, инфицированию желчи, гипертензии в желчном пузыре, деструкции его стенки и перитониту. Острый холецистит может сочетаться с холангитом и панкреатитом. Каждое из этих осложнений имеет свои клинические проявления и требует различной лечебной тактики.

Этиология и патогенез

Желчнокаменная болезнь занимает первое место в структуре хирургических заболеваний ЖКТ. По данным ВОЗ, у каждого четвертого жителя нашей планеты в возрасте от 60 до 70 лет обнаруживаются желчные конкременты, а после 70 лет — у каждого третьего.

Доля пожилых пациентов в структуре острого холецистита на сегодняшний день составляет 82%. Наличие возрастных изменений и сопутствующих заболеваний позволяет относить этих лиц к категории пациентов с высоким риском неблагоприятного исхода. Длительное, малосимптомное течение заболевания и поздняя обращаемость пациентов за медицинской помощью часто приводят к развитию осложнений со стороны желчевыводящих путей (холедохолитиазу, холангиту, перфорации желчного пузыря).

Классификация

По причине возникновения:

- каменный;
- бескаменный;
- паразитарный

По клинико-морфологической форме:

- простой;
- флегмонозный;
- гангренозный;
- перфоративный

Осложненный острый холецистит.

- Водянка
- Эмпиема.
- Паравезикальный инфильтрат.
- Паравезикальный абсцесс.
- Перитонит (неограниченный и распространенный).
- Билиодигестивные свищи.

- Панкреатит
- Холангит
- Механическая желтуха
- Абсцессы печени
- Сепсис

Оказание скорой медицинской помощи при остром холецистите на догоспитальном этапе

На догоспитальном этапе необходимо особое внимание уделить тщательному сбору анамнеза: когда заболел(а), что явилось пусковым механизмом. Почти у 100% больных — это острая и жирная пища, принятая в чрезмерном количестве. Заболевание обычно начинается приступом боли в правой подреберной области. Боль иррадирует кверху, в правое плечо и лопатку, правую надключичную область. Она сопровождается тошнотой и повторной рвотой. Характерными признаками являются ощущение 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. Обязательно проведение сбора эпидемиологического анамнеза (контакт с гепатитом А).

Необходимо выяснить, не обследовался ли пациент ранее, по поводу каких заболеваний получал стационарное или амбулаторное лечение, когда последний раз выполнялась УЗ-диагностика органов брюшной полости, а также наличие сопутствующих заболеваний, которые могут приводить к развитию острого холецистита (хронического гипоацидного и анацидного гастрита, лямблиоза, генерализованного атеросклероза). Постановку диагноза облегчает наличие в анамнезе данных о том, что пациент болен желчнокаменной болезнью.

Физикальное обследование

При физикальном осмотре 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 сделать 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

Прободение 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 острая почечная недостаточность.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику острого холецистита чаще всего проводят с почечной коликой, острым панкреатитом, перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, инфарктом миокарда, острым аппендицитом, острым инфекционным гепатитом.

Лечение. Лечение больных с острым холециститом следует начинать на догоспитальном этапе. Основная задача СМП при остром холецистите — экстренная госпитализация больного в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия». Нужно обеспечить венозный доступ, следить за витальными функциями больного и поддерживать их в соответствии с общереанимационными принципами. При признаках гиповолемии (сухой обложенный язык, тахикардия, гипотония), выраженной интоксикации (лихорадке, ознобе), деструктивном холецистите с развитием острого живота (положительный симптом Щеткина-Блюмберга) — внутривенно раствор натрия хлорида 0,9% в дозе 400 мл.

На догоспитальном этапе не должны применяться наркотики и антибиотики.

Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при остром панкреатите.

Острый панкреатит (ОП) характеризуется развитием отека поджелудочной железы (отечный панкреатит) или первично-асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей 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 — 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 происходят внутрипротоковая активация ферментов (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 эпигастральной области и верхних отделах живота, которая иррадирует в спину или имеет опоясывающий характер. Больной ОП часто принимает вынужденное положение (позу зародыша), уменьшающее боль. Нередко развиваются неукротимая рвота, тахикардия, гипотония, парез кишечника, острый респираторный дистресс-синдром взрослых. Гемодинамические нарушения при ОП могут быть крайне тяжелыми, вплоть до развития шока.

Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика

Обязательные вопросы

1. В каком месте живота ощущается боль и характер боли . Куда боль иррадирует? Была ли боль внезапной и сколько времени продолжается?
2. Была ли рвота и сколько раз?
3. Повышалась ли температура тела?
4. Уменьшилось ли мочеиспускание?
5. Имеются ли заболевания желчевыводящей системы?
6. Сколько алкоголя в день употребляется?
7. Были ли раньше приступы панкреатита?
- 8 . Были ли накануне погрешность в диете и 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 оболочек (сухой язык).
- Исследование пульса, измерение ЧСС и АД (тахикардия, гипотония).
- Пальпация живота:
 - боль при поверхностной пальпации в верхней половине живота;
 - положительные симптомы раздражения брюшины .
- Симптомы острого панкреатита:
 - Керте — локальное вздутие по ходу поперечно-ободочной кишки и напряжение мышц передней брюшной стенки
 - Мейо-Робсона — локализация боли в левом реберно-позвоночном углу;
 - Воскресенского — отсутствие пульсации брюшной аорты;
 - Щеткина-Блюмберга (перитонит) — усиление боли в момент резкого отнятия производящей давление руки.
- Наличие ассоциированных симптомов: рвоты, гипотонии, метеоризма, анурии.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Острый аппендицит другой и неуточнённый Острый аппендицит с ограниченным перитонитом	• Не требует лечения на этапе оказания скорой медицинской помощи	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
Острый холецистит - при рвоте - при гиповолемии	- Дротаверин 40 мг в/мышечно - Метоклопрамид 10 мг в/венно • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 500 мл в/венно капельно или Декстроза 5% - 400 мл в/венно капельно	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
Постхолецистэктомический синдром - при желтухе, холангите	- Дротаверин 40 мг в/мышечно или в/венно или Платифиллин 2 мг подкожно • Катетеризация вены или внутрикостный доступ - Натрия хлорид 0,9% - 250 - 500 мл в/венно капельно	1. Актив в поликлинику 1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику
Острый панкреатит - при болевом синдроме - при рвоте - при интоксикации, гиповолемии	• ЭКГ (ЭКП) • Глюкометрия - Дротаверин 40 мг в/мышечно - Метоклопрамид 10 мг в/венно • Ингаляция кислорода при SpO ₂ < 90 % • Катетеризация вены или внутрикостный доступ	1. Медицинская эвакуация в больницу 2. При отказе от медицинской эвакуации в больницу: - для детей актив на «103» - для взрослых актив в поликлинику 3. При повторном отказе от медицинской эвакуации детей - актив в поликлинику

	- Натрия хлорид 0,9 % - 500 мл в/венно капельно или Декстроза 5% - 400 мл в/венно капельно	
--	--	--