

**НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ
ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

(стандарти організації та професійно орієнтовані
алгоритми надання медичної допомоги)

За редакцією
академіка НАН та НАМН України,
професора Фоміна П.Д.,
члена-кореспондента НАМН України,
професора Усенко О.Ю.,
професора Березницького Я.С.

Київ
«Бібліотека «Здоров'я України»
2018

УДК 616-089
ББК 54.5
Ф 76

Посібник присвячений проблемам стандартизації та уніфікації медичної допомоги при невідкладних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини. У книзі наведено обсяги медичної допомоги залежно від рівнів її надання, її послідовність на первинному та вторинному рівнях. Одночасно зі схемами та алгоритмами щодо діагностики та лікувальної тактики з питань гострого апендициту, холециститу, панкреатиту, ускладнених гриж, гострої непрохідності кишок, кровотеч та перитоніту в посібнику наведені дані про загальні питання уніфікації медичної допомоги, до яких належать антибіотикопрофілактика та терапія, тромбoproфілактика, корекція гіповолемії, гострої кровотечі, питання нутритивної підтримки та знеболення.

Посібник рекомендується для лікарів первинної ланки (лікарі загальної практики, медичний персонал екстреної допомоги), хірургів-інтернів, хірургів, анестезіологів та ін.

Рецензенти

Криворучко І.А. – завідувач кафедри хірургії №2 ДЗ «Харківський національний медичний університет МОЗ України», д. мед. н., професор

Клименко В.М. – професор кафедри госпітальної хірургії ДЗ «Запорізький державний медичний університет МОЗ України», д. мед. н.

Бібліотека «Здоров'я України»
Довідник лікаря

Ф 76

Невідкладна хірургія органів черевної порожнини (станданти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги) / За ред. Фоміна П.Д., Усенко О.Ю., Березницького Я.С. – К.: Бібліотека «Здоров'я України», 2018. — 354 с. – (Серія «Бібліотека «Здоров'я України»)

ISBN 978-617-71-00-44-6

УДК 616089
ББК 54.5

Спеціалізоване медичне видання для спеціалістів охорони здоров'я
Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець
Інформація для використання у професійній діяльності медичними
та фармацевтичними працівниками

ISBN 978-617-71-00-44-6

© Фомін П.Д., Усенко О.Ю., Березницький Я.С.
© Бібліотека «Здоров'я України». Серія, 2018.
© ТОВ Бібліотека «Здоров'я України».
Укладання, оформлення та дизайн, 2018.

*Вчитель – не той, хто вчить,
а той, в кого хочеться навчатися*



ЧУХРІЄНКО
Дмитро Павлович
(1918-1999)

АВТОРИ

- Березницький Я.С.** Завідувач кафедри хірургії №1
ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», д.м.н., професор
- Бойко В.В.** Директор ДУ «Інститут загальної та невідкладної
хірургії НАМН України», завідувач кафедри хірургії
ДЗ «Харківський національний медичний універси-
тет МОЗ України», член-кор. НАМН України,
д.м.н., професор
- Велигоцький М.М.** Завідувач кафедри торакоабдомінальної хірургії
ДЗ «Харківська академія післядипломної освіти
МОЗ України», д.м.н., професор
- Дубров С.О.** Професор кафедри анестезіології та інтенсивної
терапії ДЗ «Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця МОЗ України», голова
ГО «Асоціація анестезіологів України»,
д.м.н., професор
- Каніковський О.Є.** Завідувач кафедри хірургії медичного факультету
№ 2 ДЗ «Вінницький національний медичний уні-
верситет імені М.І. Пирогова МОЗ України»,
д.м.н., професор
- Клігуненко О.М.** Завідувач кафедри анестезіології, інтенсивної
терапії та медицини невідкладних станів
ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», д.м.н., професор
- Ковальська І.О.** Професор кафедри загальної хірургії №1
ДЗ «Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця МОЗ України»,
д.м.н., професор
- Косульников С.О.** Завідувач гнійно-септичним відділенням
Дніпропетровської обласної лікарні
імені І.І. Мечникова, к.м.н.
- Лаврик А.С.** Головний науковий співробітник
ДУ «Національний інститут хірургії та транспланта-
логії імені О.О. Шалімова» НАМН України,
д.м.н., професор

- Лихман В.М.** Завідувач відділення хірургічних інфекцій ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України», професор кафедри онкології та дитячої онкології ДЗ «ХМАПО», д.м.н., професор
- Ліщишина О.М.** Директор Департаменту стандартизації медичних послуг ДП «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», ст.н.с., к.м.н.
- Лурін І. А.** Професор кафедри військової хірургії Української військової медичної академії, член-кор. НАМН України, д.м.н., професор
- Милиця М.М.** Завідувач кафедри хірургії та проктології ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.м.н., професор
- Молчанов Р.М.** Професор кафедри хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», д.м.н., професор
- Нікішаєв В.І.** Завідувач відділення ендоскопічної діагностики та малоінвазивної хірургії Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, д.м.н.
- Покидько М.І.** Завідувач кафедри хірургії № 2 ДЗ «Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України», д.м.н., професор
- Салютін Р.В.** Заступник директора з організаційної та клініко-інноваційної роботи ДУ «Національний інститут хірургії та трансплантології імені О.О. Шалімова» НАМН України, д.м.н., ст. наук. співроб.
- Ткачук О.Л.** Завідувач кафедри хірургії післядипломної освіти ДЗ «Івано-Франківський національний медичний університет МОЗ України», д.м.н., професор
- Усенко О.Ю.** Директор та керівник відділу хірургії шлунково-кишкового тракту ДУ «Національний інститут хірургії і трансплантології імені О.О. Шалімова НАМН України», завідувач кафедри хірургії та трансплантології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України», голова ГО «Асоціація хірургів України», член-кор. НАМН України, д.м.н., професор

- Фелештинський Я.П.** Завідувач кафедри хірургії та проктології ДЗ «Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України», д.м.н., професор
- Фомін П.Д.** Завідувач кафедри хірургії №3 ДЗ «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України», академік НАН та НАМН України, д.м.н., професор
- Шапринський В.О.** Завідувач кафедри хірургії № 1 ДЗ «Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова МОЗ України, д.м.н., професор
- Шепетько Є.М.** Професор кафедри хірургії №3 ДЗ «Національний медичний університет імені О.О. Богомольця МОЗ України», д.м.н., професор.
- Ярешко В.Г.** Завідувач кафедри хірургії та малоінвазивних технологій ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», д.м.н., професор

ЗМІСТ

Алфавітний перелік лікарських засобів	8
Вступ.....	9
Список умовних скорочень.....	10

Розділ 1. Стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми

надання медичної допомоги на догоспітальному етапі	11
1.1. Гострий запальний абдомінальний синдром	14
1.2. Синдром перфорації порожнистого органу	20
1.3. Синдром гострої непрохідності кишок.....	24
1.4. Синдром кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту.....	30
1.5. Синдром ускладненої грижі.....	37
1.6. Перитонеальний синдром.....	42

Розділ 2. Стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги при гострих хірургічних захворюваннях на рівні приймального відділення.....

2.1. Основні положення алгоритмів надання медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини на рівні приймального відділення	48
2.2. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при гострому запальному абдомінальному синдромі при надходженні та самозверненні до приймального відділення стаціонару	51
2.3. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі перфорації порожнистого органу при надходженні та самозверненні до приймального відділення стаціонару	57
2.4. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострої непрохідності тонкої або товстої кишок та організаційні питання надання медичної допомоги	61
2.5. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострої кровотечі у просвіт шлунково-кишкового тракту та організаційні питання надання медичної допомоги	69
2.6. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострого ускладнення гриж передньої черевної стінки при надходженні або самозверненні до приймального відділення стаціонару та організаційні питання надання медичної допомоги	75
2.7. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при перитонеальному синдромі при надходженні або самозверненні до приймального відділення стаціонару.....	77

Розділ 3. Стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми надання медичної допомоги при невідкладних хірургічних захворюваннях в умовах стаціонару

3.1. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим апендицитом в умовах стаціонару.....	86
3.2. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим холециститом в умовах стаціонару.....	98
3.3. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим панкреатитом в умовах стаціонару.....	112
3.4. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з перфорацією порожнистого органу черевної порожнини в умовах стаціонару....	132
3.5. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю кишок в умовах стаціонару.....	145
3.6. Стандарти організації та алгоритм з надання медичної допомоги хворим з гострою кровотечею у просвіт ШКТ в умовах стаціонару.....	160
3.7. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострими ускладненнями гриж передньої черевної стінки в умовах стаціонару	203

3.8. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим перитонітом в умовах стаціонару.....	228
--	-----

Розділ 4. Загальні питання уніфікації та стандартизації медичної допомоги при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини... 249

4.1. Уніфіковані рекомендації та професійно орієнтовані алгоритми антимікробної профілактики ранової інфекції в невідкладній хірургії	250
4.2. Професійно орієнтовані алгоритми з антимікробної терапії інфекції в невідкладній абдомінальній хірургії.....	252
4.3. Професійно орієнтовані алгоритми з профілактики тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок та тромбоемболічних ускладнень (венозного тромбоемболізму) в невідкладній абдомінальній хірургії.....	256
4.4. Професійно орієнтовані алгоритми клінічної діагностики та принципів корекції гіповолемії у невідкладній абдомінальній хірургії.....	259
4.5. Інтенсивна терапія при гострій кровотечі та алгоритм корекції.....	262
4.6. Професійно орієнтовані алгоритми нутриційної підтримки хворих, які страждають на невідкладні хірургічні захворювання органів черевної порожнини	265
4.7. Професійно орієнтовані алгоритми організаційних та тактичних особливостей премедикації, периопераційного та післяопераційного знеболення при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини.....	271

Лікарські засоби	279
-------------------------------	------------

АЛФАВІТНИЙ ПЕРЕЛІК ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ*

APIC, Sun Pharmaceutical Industries Limited	280
БЕТАДИН® (розчин для зовнішнього та місцевого застосування), EGIS Pharmaceuticals PLC.....	287
БЕТАДИН® (мазь), EGIS Pharmaceuticals PLC.....	291
ВОЛЬТАРЕН® ФОРТЕ, GlaxoSmithKline.....	294
ГЕНТАСЕПТ, ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ»	297
ГЕПАЦЕФ КОМБІ, Корпорація «Артеріум»	299
КЕТАНОВ, Sun Pharmaceutical Industries Limited.....	305
МЕПЕНАМ, Корпорація «Артеріум».....	312
РАНСЕЛЕКС, Sun Pharmaceutical Industries Limited.....	319
СИНЕРПЕН, Sun Pharmaceutical Industries Limited.....	328
ЦИФРАН OD, Sun Pharmaceutical Industries Limited	337

* У переліку надана інформація про ЛЗ фірм-спонсорів проекту

ВСТУП

Невідкладні хірургічні хвороби органів черевної порожнини є найбільшою за обсягом групою захворювань у загальнохірургічних стаціонарах, а їх лікування потребує суттєвих організаційних, структурних, професійних та фінансових ресурсів. Кількість захворювань, які відносяться до невідкладної абдомінальної хірургії, є значною і, за статистичними даними, нема суттєвої тенденції до їх зменшення.

Хірургічна допомога при невідкладних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини має свої особливості. По-перше, ця патологія виникає раптово, у будь-який час доби, нерідко має прогресуючий перебіг, і саме своєчасне надання такої допомоги та її організація є суттєвим в досягненні позитивного результату. Крім того, при наданні медичної допомоги пацієнтам із невідкладними хірургічними захворюваннями є потреба у постійному динамічному спостереженні й швидкому прийнятті рішень з діагностичної та лікувальної тактики.

По-друге, враховуючи те, що результат надання медичної допомоги хворим із гострими хірургічними захворюваннями залежить від медичних працівників різних рівнів, первинного, вторинного та третинного, постають питання про оптимізацію організаційних питань, можливостей організації їх інтенсивної діяльності та своєчасності прийняття клінічних рішень.

Одним із напрямків, який може впливати на вирішення цієї проблеми, є створення узгоджених стандартизованих організаційних підходів і алгоритмів з надання діагностичної та лікувальної допомоги. Безумовно, запровадження нових принципів надання діагностичної, хірургічної та анестезіологічної допомоги потребує нових підходів до організації невідкладної допомоги. Враховуючи наявний досвід, ми впевнені, що якість медичної допомоги залежить від можливості доставити хворого до лікарняного закладу, який цілодобово надає діагностичну та лікувальну допомогу і має для цього необхідні умови, обладнання і медичний персонал.

Ще однією важливою складовою невідкладної хірургічної допомоги є можливість інтенсифікації роботи лікарняних закладів, тобто дотримання принципів Fast Track хірургії («швидкий шлях в хірургії», «хірургія швидкого шляху», прискорення різних етапів лікувального процесу). Саме ці принципи забезпечують інтенсивну роботу лікувальних закладів з допомогою втілення нових технологій, підвищення кваліфікації медичного персоналу та забезпечення медикаментами і витратними матеріалами, що може стати основою для сучасного надання медичної допомоги.

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТ – артеріальний тиск
ВАШ – візуальна аналогова шкала
ВРВ – варикозно-розширені вени
ГА – гострий апендицит
ГДВ – гастродуоденальна виразка
ГДС – гастродуоденоскопія
ГНК – гостра непрохідність кишок
ГП – гострий панкреатит
ГХ – гострий холецистит
ДПК – дванадцятипала кишка
ЕКГ – електрокардіограма
ЕМД – екстрена медична допомога
ЖКХ – жовчнокам'яна хвороба
ЖМ – жовчний міхур
КТ – комп'ютерна томограма
НМГ – низькомолекулярні гепарини

ОО – основний обмін
ПЗ – підшлункова залоза
С-м – синдром
СДК – селективна деконтамінація
СЗП – свіжозаморожена плазма
СМВ – синдром Меллорі – Вейса
ССС – серцево-судинна система
ТГВ – тромбоз глибоких вен
УЗД – ультразвукове дослідження
ФГДС – фіброгастродуоденоскопія
ЦНС – центральна нервова система
ЧСС – частота скорочень серця
ШІ – шоківий індекс
ШКК – шлунково-кишкова кровотеча
ШКТ – шлунково-кишковий тракт

Розділ 1.
**СТАНДАРТИ ОРГАНІЗАЦІЇ
ТА ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНІ АЛГОРИТМИ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ
НЕВІДКЛАДНИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ**

Основні положення алгоритмів

Наведені матеріали та алгоритми призначені для: лікарів швидкої медичної допомоги, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів, що проводять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці, а також для лікарів будь-якої спеціальності, до яких звернувся хворий із болем у животі.

Мета створення алгоритмів: визначення комплексу заходів з організації своєчасного виявлення клінічних ознак невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини та передньої черевної стінки у пацієнтів старше 18 років та організація огляду хворого хірургом або доставки хворого до лікарні інтенсивного лікування, покращення результатів лікування хворих на гостру абдомінальну патологію.

Основне завдання алгоритмів:

- надати лікарям первинної та екстреної медичної допомоги алгоритми виявлення симптомів, синдромів та можливого попереднього діагнозу, що належать до гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини та передньої черевної стінки;
- при наявності або підозрі на наявність у хворого клінічних проявів та специфічних симптомів, які належать до гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини, обов'язковим завданням лікаря первинної ланки є організація консультації пацієнта у хірурга, а при його відсутності – направлення хворого до хірургічного стаціонару, який надає ургентну хірургічну та анестезіологічну допомогу.

Обґрунтування основних положень протоколів

Рання діагностика та госпіталізація хворого з гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини до ЗОЗ вторинного рівня, який цілодобово надає інтенсивну медичну допомогу хірургічного та анестезіологічного профілів, забезпечує своєчасну діагностику та надає можливість отримати якісну медичну допомогу, в тому числі й оперативне втручання.

Своєчасність, комплексність підходу та кваліфікація спеціалістів покращує результати лікування, зменшує летальність, сприяє більш швидкому одужанню та відновленню працездатності хворого.

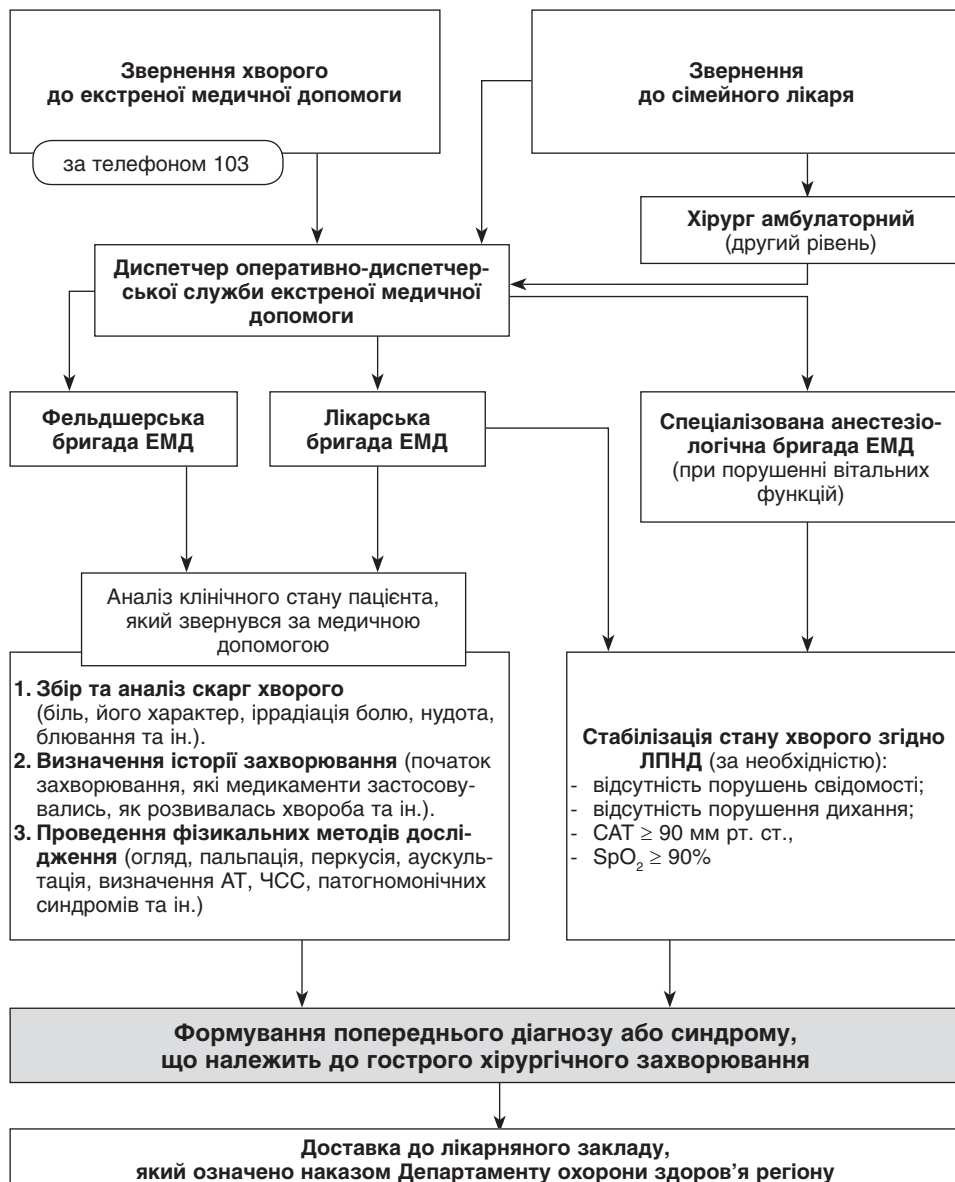
Хворого з підозрою на гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини (ГА, ГХ, ГП, ГНК, кровотеча в просвіт ШКТ, защемлена грижа, перитоніт) необхідно направити до лікарняного закладу, призначеного для цілодобового надання інтенсивної діагностичної та лікувальної допомоги (перелік лікувальних закладів та маршрутів доставки таких хворих формується за наказами територіальних департаментів охорони здоров'я):

- при підозрі на гостре хірургічне захворювання органів черевної порожнини необхідно доставити хворого до хірургічного стаціонару машиною невідкладної допомоги, а при відсутності порушення вітальних функцій організму транспортування можливе будь-яким попутним транспортом або шляхом самозвернення;
- госпіталізація в будь-який інший лікувальний заклад може бути здійснена тільки при неможливості транспортування пацієнта в медичний заклад за містом призначення до стабілізації вітальних функцій (для надання медичної допомоги такому хворому залучаються фахівці обласних центрів медицини катастроф);
- при категоричній відмові хворого від консультації хірурга та транспортування його до хірургічного стаціонару, він та його родина повинні бути попереджені про можливість виникнення негативних наслідків з відповідною відміткою цього у його медичній карті, надати цей запис для підпису хворому та його близьким.

У таблиці наведено маршрут пацієнта з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (**Схема 1.1**).

Схема 1.1

**Клінічний маршрут пацієнта з гострим
хірургічним захворюванням органів черевної порожнини**



Організаційні індикатори якості медичної допомоги при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини на догоспітальному етапі

1. Наявність у лікаря загальної практики – сімейного лікаря протоколу ведення пацієнта з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини та маршруту доставки хворого до лікарняного закладу.
2. Наявність у лікаря екстреної медичної допомоги протоколу ведення пацієнта з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини та маршруту доставки хворого до лікарняного закладу.
3. Наявність у КДЦ вторинного рівня протоколу ведення пацієнта з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини та маршруту доставки хворого до лікарняного закладу, який надає цілодобово хірургічну та анестезіологічну допомогу.
4. Своєчасне дотримання пацієнта до хірурга.

1.1. ГОСТРИЙ ЗАПАЛЬНИЙ АБДОМІНАЛЬНИЙ СИНДРОМ (гострий апендицит, холецистит, панкреатит)

Гострий запальний абдомінальний синдром виникає внаслідок обструкції порожнини або потоки червоподібного відростка, жовчного міхура та підшлункової залози. Запальні зміни в них можуть виникнути і при порушенні кровообігу в цих органах. Розвиток змін в цих органах черевної порожнини характеризується прогресуючим перебігом захворювання.

Причинами виникнення гострого запального абдомінального синдрому є **гострий апендицит, холецистит та панкреатит**. Розвиток цих патологічних станів має таку особливість як прогресуючий перебіг захворювання та розвиток тяжких ускладнень. При підозрі на виникнення гострого запального абдомінального синдрому хворому показана термінова консультація хірурга, а при підтвердженні його клінічних ознак або підозрі на наявність гострого запального абдомінального синдрому показана термінова госпіталізація в багатопрофільний лікувальний заклад, який може надавати інтенсивну хірургічну та анестезіологічну допомогу у будь-який час доби.

Встановлення діагнозу «Гострий апендицит» потребує невідкладної операції. Невідкладність операції обґрунтована тим, що така тактика попереджує розвиток ускладнень ГА, які виникають і швидко прогресують при цій патології в короткі строки.

При гострому холециститі лікування починається з медикаментозної терапії, в ході виконання якої приймається рішення про необхідність операції та строки її виконання.

Складнішим є надання медичної допомоги при гострому панкреатиті. Ця патологія у 15-20% хворих супроводжується некротичними змінами у підшлунковій залозі та виразними порушеннями вітальних функцій організму, що потребує комплексної інтенсивної терапії та, в ряді випадків, хірургічного втручання.

Заходи зі своєчасного медикаментозного і хірургічного лікування даних захворювань дозволять суттєво покращити якість медичної допомоги та оптимізувати витрати на медичну допомогу. Окремі етапи надання медичної допомоги пацієнтам із ГА, ГХ та ГП здійснюються відповідно до положень медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при синдромі гострого живота, абдомінального болю тощо та гострого запального абдомінального синдрому.

Коротка епідеміологічна інформація

Гострий запальний абдомінальний синдром включає такі найпоширеніші невідкладні хірургічні захворювання органів черевної порожнини як **гострий апендицит, холецистит та панкреатит**.

Ця патологія може виникнути у будь-якому віці, вона є найбільш частою причиною госпіталізації в хірургічні стаціонари та причиною хірургічних втручань, що виконуються хірургами невідкладно за абсолютними показаннями.

Гострий апендицит (ГА) – одне з найбільш поширених гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. ГА може виникнути в будь-якому віці, проте частіше він виникає у віці 15-59 років. Серед хворих на ГА спостерігається два вікових «піки»: серед осіб 18-25 років та 60-80 років. Для першої категорії характерною ознакою є перевага простої та флегмонозної форм запалення, для останньої – гангренозна форма апендициту.

В Україні захворюваність на гострий апендицит становить 20,7 на 10 тис. населення з коливанням від 13,8 до 31,1 на 10 тис. населення у різних регіонах. Захворюваність найбільше залежить від віку і складає у дітей до 1 року 3,48 на 10 тис. населення, у дітей від 1 до 14 років – 11,4, від 15 до 59 років – 114,9, від 60 до 69 – 29,7, а з 70 та старше – 15,8 на 10 тис. населення.

Серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ГА складає 89,1%, займаючи перше місце. Апендектомія – близько 20-30% від усіх хірургічних операцій. Хірургічна активність – 99,6% (від 96,9 до 100,0%), а післяопераційна летальність – 0,05% (від 0 до 0,13%).

Частка пацієнтів, госпіталізованих пізніше 24 годин з початку захворювання, становить від 4,9 до 31,2% і складає 20,9% в середньому по країні, а післяопераційна летальність серед них – 0,15% (від 0 до 0,4%).

ГА є найбільш поширеною причиною розвитку перитоніту. Летальність при гострому апендициті в Україні зумовлена наступними факторами:

- пізньою госпіталізацією – 46,1%;
- важкістю захворювання – 19,7%;
- технічними помилками під час операції – 5,2%;
- дефектами післяопераційного лікування – 7,7%;
- супутніми захворюваннями – 9,3%;
- пізньою операцією – 5,2%.

Гострий холецистит (ГХ). В Україні захворюваність на гострий холецистит (ГХ) становить 6,25 на 10 000 населення з коливанням від 1,48 до 10,8 на 10 тис. населення у різних регіонах. За частотою ГХ посідає третє місце серед усіх гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. У 94-96% хворих причиною виникнення ГХ є жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ). Частка госпіталізованих пацієнтів пізніше 24 годин з початку захворювання становить від 10,1 до 66,8% в різних регіонах і складає 46,5% в середньому в Україні.

Хірургічна активність при ГХ, найчастішому і найсерйознішому ускладненні ЖКХ, становить 57,5-58,0%, з коливанням від 36,3 до 90,5% в різних регіонах. Післяопераційна летальність коливається від 0,28 до 3,01% (в середньому по Україні – 0,94-0,81%), а при пізній госпіталізації – від 10,1 до 66,8% (в середньому – 46,3-46,5%).

Гострий панкреатит (ГП). В Україні захворюваність на гострий панкреатит (ГП) становить 6,7-6,95 на 10 тис. населення (від 2,8 до 12,4 в різних регіонах). Протягом останніх 20 років ГП залишається на другому місці за частотою серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. Загальна летальність при цьому захворюванні коливається від 4,5 до 15%, при деструктивних формах вона становить 24-60%, а післяопераційна досягає 70% (по Україні в середньому – 14,1-14,66%).

Хірургічна активність при ГП становить 10,6-11,0%, з коливанням від 4,9 до 21,7% в різних регіонах. Частка пацієнтів, госпіталізованих пізніше 24 годин з початку захворювання, становить від 12,3 до 51,7% в різних регіонах і складає 38,1-39,2% в середньому в Україні. Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації коливається від 0 до 42,9% (в середньому – 16,3-19,7%).

Протокол надання екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при гострому запальному абдомінальному синдромі

Гострий запальний абдомінальний синдром є найбільшою часткою гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, що зумовлює поняття «гострий живіт» і до якого належать гострий апендицит, холецистит, панкреатит (під поняттям «гострий живіт» маються на увазі різні захворювання та стани, які супроводжуються запаленням чи подразненням очеревини і потребують невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування).

Загальні питання розвитку і клінічних проявів гострого запального абдомінального синдрому

1. **Визначення. Гострі запальні захворювання органів черевної порожнини,** об'єднані терміном «гострий живіт», характеризуються розвитком запального процесу, в основі якого може бути асептичне або мікробне запалення.
2. **Прояви гострого запального абдомінального синдрому:**
 - А) Біль у черевній порожнині, характер якого відрізняється залежно від характеру патологічного процесу.
 - Б) Інтоксикація, яка посилюється при наростанні деструкції ураженого органу та розповсюдженні запального процесу на очеревину.
3. **Механізми розвитку гострого запального абдомінального синдрому та його ускладнень:**
 - А) **Початок захворювання:**
 - обструкція порожнини органа або його протокової системи;
 - порушення кровообігу в ураженому органі;

- розвиток асептичного або мікробного запалення.

Б) При несвоєчасному зверненні або невірно встановленому діагнозі виникає:

- деструкція тканин органа;
- вихід мікробного фактора за межі ураженого органа;
- розвиток позаорганих локалізованих запальних ускладнень;
- розвиток позаорганих розповсюджених запальних ускладнень;
- розвиток поліорганної недостатності внаслідок інтоксикації.

4. Особливості перебігу запальних уражень в органах черевної порожнини:

- прогресуючий перебіг захворювання;
- розповсюдження запального процесу на вільну черевну порожнину;
- можливість виникнення численних позаочеревних ускладнень, що загрожують життю хворого.

5. Основні клінічні ознаки гострого запального абдомінального синдрому:

А) Скарги: синдром болю, запальний синдром, диспепсичний та інтоксикаційний синдром.

Б) Анамнез захворювання: дає можливість аналізувати послідовність розвитку захворювання.

В) Об'єктивні дані:

Огляд (загальний огляд хворого та огляд черевної стінки).

Пальпація черевної стінки (поверхнева пальпація для виявлення болючості та захисного напруження черевної стінки, а глибока дозволяє виявити патогномонічні симптоми того чи іншого гострого запального захворювання).

Перкусія черевної стінки – дає можливість оцінити наявність вільної рідини у черевній порожнині.

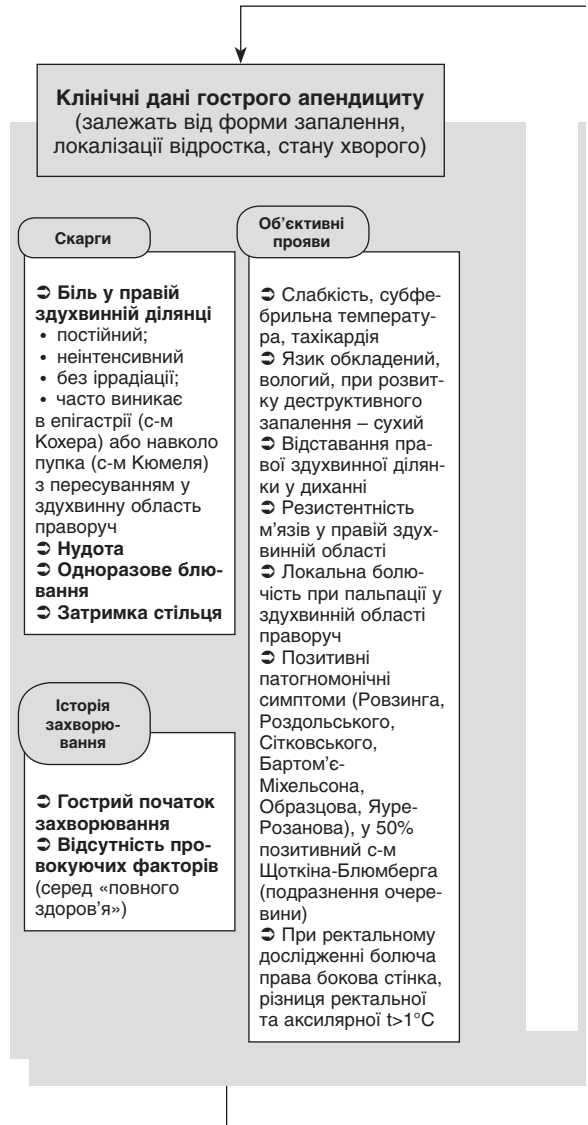
Аускультация – дає можливість оцінити характер дихальних шумів над легенями та перистальтичних шумів над черевною порожниною.

6. Формування попереднього діагнозу на підставі клінічних даних: попередній діагноз формується на підставі скарг хворого, анамнезу захворювання та його об'єктивізації проведеними фізикальними методами дослідження.

7. Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при гострому запальному абдомінальному синдромі (схема 1.2).

8. Особливості клінічного перебігу гострого запального синдрому.

Схема 1.2



Клінічні дані гострого запального абдомінального синдрому

Клінічні дані гострого холецистититу
(залежать від форми запалення, віку, супутніх патологій)

Скарги

⇒ Біль у правому підребер'ї

- постійний
- іррадіює у
 - праву лопатку,
 - праве плече,
 - ділянку серця

⇒ Нудота

⇒ Блювання

(можливо жовчним вмістом)

⇒ Лихоманка

⇒ Слабкість

⇒ Жовтяниця

склер та шкіри
(можлива)

Історія захворювання

⇒ Гострий початок захворювання

⇒ Провокуючі фактори

- приймання жирної, смаженої, гострої їжі
- ЖКХ

Об'єктивні прояви

⇒ Загальні ознаки

- загальна слабкість
- температура $> 38^{\circ}\text{C}$
- тахікардія
- іктеричність склер, іноді – шкіри

⇒ Місцеві ознаки:

- Язик сухий, обкладений білою смагою
- Відставання в акті дихання черевної стінки у правому підребер'ї
- Резистентність м'язів у правому підребер'ї
- Локальна болючість у правому підребер'ї
- Позитивні патогномічні симптоми (Мерфі, Ортнера, Кера, Партир'є, Мюсі-Георгієвського, при деструкції ЖМ – позитивний с-м Щоткіна-Блюмберга у правому підребер'ї)
- Перкуторних та аускультативних патологічних змін з боку черевної порожнини немає

Клінічні прояви гострого панкреатиту
(визначаються формою запалення, періодом захворювання, видом ускладнень)

Скарги

На:

- оперізуючий біль над пупком,
- нудоту,
- блювання,
- загальну слабкість

Історія захворювання

Захворювання починається гостро.

Схильні фактори:

ЖКХ, прийом алкоголю, жирної їжі та їжі із значним вмістом білка, судинні, ендокринні захворювання, стероїдна терапія та ін.

Причини, що викликають:

Внутрішньопротова гіпертензія

Об'єктивні прояви

- Стан задовільний або ознаки інтоксикації
- Температура нормальна або знижена
- Шкіряні покриви звичайні або з синюшним відтінком
- АТ підвищений або нормальний
- Язик обкладений, вологий, при інтоксикації – сухий
- Живіт помірно роздутий, більше в епігастрії
- М'який, може бути напружений, болючий в епігастрії та за ходом ПЗ
- Перистальтичні шуми послаблені
- У відлогих місцях перкуторно, тимпаніт, можливе притуплення при навантаженні рідини
- Позитивні патогномічні синдроми Блайса, Кертє, Гоб'є, Мейо-Робсона, Воскресенського, Кулена-Грея

Клінічні ознаки виявлені або підозрюються

Шпиталізація до хірургічного стаціонару

Клінічні ознаки не виявлені

Огляд суміжних фахівців

А) У людей похилого віку:

а) гострий апендицит:

- менш виражений синдром болю;
- вираженіші диспепсичні розлади;
- відсутність температурної реакції;
- вираженіші загальноінтоксикаційні симптоми (слабкість, нездужання, зниження апетиту);
- менш виражене напруження м'язів і болючість у правій здухвинній ділянці;
- відсутність або невиразність симптомів подразнення очеревини;
- менш виражений лейкоцитоз при вираженіших змінах у лейкоцитарній формулі зі зрушенням її вліво;

б) гострий холецистит:

- менш виражений синдром болю;
- вираженіші загальноінтоксикаційні симптоми (слабкість, нездужання, зниження апетиту);
- менш виражене напруження м'язів і болючість у правій підреберній ділянці;
- відсутність або невиразність симптомів подразнення очеревини;
- менш виражений лейкоцитоз при вираженіших змінах у лейкоцитарній формулі зі зрушенням її вліво;

в) гострий панкреатит:

- оперізуючий біль над пупком;
- залежність виразності больового синдрому від тяжкості ураження ПЗ;
- рання поява рідини у черевній порожнині;
- можливість розвитку некротичних змін у ПЗ при менш виражених клінічних проявах гострого панкреатиту.

Б) У вагітних:

а) гострий апендицит:

- у перші 2-3 місяці вагітності гострий апендицит має типовий перебіг;
- рідко спостерігається напруження м'язів черевної стінки;
- рідко виявляються патогномонічні симптоми гострого апендициту;
- при відсутності вираженого лейкоцитозу є зсув лейкоцитарної формули вліво;

б) гострий холецистит:

- вагітність не впливає на клінічну картину гострого холециститу;
- захворювання частіше розвивається на тлі жовчнокам'яної хвороби, внаслідок закупорки міхурової протоки каменням (для діагностики гострого холециститу використовують УЗД);
- у 3,5-11% вагітних жовчнокам'яна хвороба має безсимптомний перебіг, а камені виявляють випадково при УЗД;

в) гострий панкреатит:

- розповсюдженість гострого панкреатиту серед вагітних складає 1 на 3000-10000.
- гострий панкреатит, як правило, виникає на тлі жовчнокам'яної хвороби і частіше виникає в III триместрі вагітності;
- під час вагітності частіше виникають безбольові форми панкреатиту, для котрих характерним є шок та симптоми ураження ЦНС.

В) У дітей:

а) гострий апендицит:

- виражений синдром болю в животі, що не відповідає запальним змінам у відростку;
- неспокійна поведінка хворого при огляді;
- багаторазове блювання;
- багаторазові рідкі випорожнення;
- висока температура тіла (38,5-39,5°C);
- високий лейкоцитоз;
- протидія огляду, у зв'язку з низькими свідомо-вольовими можливостями дитини;

б) гострий холецистит:

- виникає у дітей при наявності жовчнокам'яної хвороби;
- деструктивні зміни у жовчному міхурі рідкісні;
- захворювання частіше проявляється у вигляді кольки;

в) гострий панкреатит:

- деструктивні зміни у підшлунковій залозі нехарактерні.

9. Дії лікаря при підозрі на наявність у пацієнта ознак захворювань, які належать до гострого запального синдрому:

А) При підозрі на гострий запальний абдомінальний синдром органів черевної порожнини категорично протипоказане:

- використання знеболюючих препаратів;
- використання місцевих та загальних теплових процедур;
- промивання шлунка;
- використання послаблюючих препаратів та клізм.

Основна частина: Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гострий запальний абдомінальний синдром» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги

Гострий запальний абдомінальний синдром

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Серед захворювань, які відносяться до гострого запального абдомінального синдрому, профілактичні заходи можуть бути застосовані при гострому холециститі та гострому панкреатиті. Для гострого апендициту профілактичних заходів немає	1. Гострий апендицит виникає серед повного здоров'я, профілактичних заходів немає. 2. Гострий холецистит. Причина його виникнення, частіше за все, – жовчнокам'яна хвороба. Планове хірургічне лікування, при наявності на даний час відеолапароскопічної технології видалення жовчного міхура, має свої переваги перед ургентною операцією. Робота лікаря загальної практики має за мету своєчасне виявлення хвороби та планове оздоровлення за рекомендацією хірурга. Бажані вимоги, методи: при наявності диспсії, періодичного болю в животі, порушенні травлення – виконання УЗД та консультація у гастроентеролога. При виявленні конкрементів – вирішення питання планової операції 3. Гострий панкреатит. Причина розвитку – зловживання алкоголем, наявність конкрементів у жовчному міхурі та їх міграція у позапечінкові протоки
Діагностика		Обов'язкові вимоги, методи: 1. Гострий запальний абдомінальний синдром. Обов'язкові методи діагностики Аналіз клінічних ознак, історії захворювання, даних фізикальних методів дослідження є обґрунтуванням для направлення на консультацію до хірурга або до лікарні, де цілодобово надається медична допомога хворим з гострою хірургічно патологією. Бажані методи діагностики При можливості – виконання загального аналізу крові та клінічного аналізу сечі, УЗД органів черевної порожнини, у жінок фертильного віку (за клінічними ознаками) – тест на вагітність

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Супроводження прооперованого хворого після стаціонарного лікування протягом 30 діб при неускладненому перебігу гострого апендициту, а при гострому холециститі та панкреатиті – спостереження протягом 1 року	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування: 1. В амбулаторних умовах слід здійснювати диспансерне спостереження за пацієнтами, які страждають на хронічний холецистит та панкреатит, проводити їх лікування, що є профілактикою гострих запальних захворювань жовчного міхура та підшлункової залози. 2. Прооперовані хворі підлягають сумісному спостереженню хірургом на рівні клініко-діагностичного центру або поліклініки та лікарем загальної практики. Бажані вимоги до амбулаторного лікування Після перенесеного хірургічного втручання з приводу гострого холециститу або панкреатиту – санаторне лікування

1.2. СИНДРОМ ПЕРФОРАЦІЇ ПОРОЖНИСТОГО ОРГАНУ (перфорація виразки шлунку, дванадцятипалої кишки, тонкої або товстої кишок)

Перфорація порожнистого органу – це ускладнення перебігу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, захворювань тонкої або товстої кишки, коли внаслідок прогресування патологічного процесу виникає порушення цілісності стінки органа і його вміст проникає до вільної черевної порожнини.

При перфорації виразки розрізняють перфорацію хронічної або гострої виразки. За локалізацією визначають виразки малої та великої кривизни, передньої або задньої стінки шлунка, кардіальні та пілоричні виразки. При локалізації виразки у дванадцятипалій кишці – бульбарні та післябульбарні виразки.

Клінічний перебіг перфорації може бути типовим, з бурхливими проявами, коли вміст шлунка або кишки потрапляє до вільної черевної порожнини, або атиповим – коли шлунково-кишковий вміст внаслідок прикриття перфоративного отвору не розповсюджується по черевній порожнині, що маніфестується «стертою клінічною картиною». Атипові форми перфорації та стан хворого в період уявного благополуччя є найбільш складними в діагностичному плані.

Коротка епідеміологічна інформація

В Україні захворюваність на перфоративні гастродуоденальні виразки становить 1,88 на 10 тис. населення з коливанням від 1,08 до 2,57 на 10 тис. населення в різних регіонах.

Хірургічна активність складає 99,1% (від 95,9 до 100%), а післяопераційна летальність – 3,44% (від 0,64 до 5,64%).

Кількість пацієнтів з перфоративною гастродуоденальною виразкою протягом останніх 15 років має тенденцію до зниження, з відносною стабілізацією показника абсолютної кількості випадків протягом 2012-2014 рр.

Частка пізно госпіталізованих пацієнтів становить від 0 до 20% і складає 12,5% в середньому по країні. Післяопераційна летальність серед госпіталізованих пізніше 24 годин з початку захворювання становить 13,73% (від 0 до 33,3%).

Протокол надання екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при перфорації порожнистого органу черевної порожнини

Синдром перфорації порожнистого органу ШКТ є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі порушення цілісності стінки шлунка, ДПК, тонкої або товстої кишок і проявляється системними змінами в гомеостазі внаслідок хімічного та мікробного впливу на

очеревину, що потребує невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасна операція призводить до розвитку прогресуючої поліорганної недостатності.

Загальні питання розвитку і клінічних проявів перфорації порожнистого органу ШКТ

1. **Визначення.** Перфорація порожнистого органу ШКТ характеризується порушенням стінки шлунка, ДПК, тонкої та товстої кишок в результаті ускладненого перебігу основного захворювання з виходом у вільну черевну порожнину шлункового або кишкового вмісту з розвитком перитоніту.
2. **Актуальність проблеми:**
 - А) Велика питома вага перфорації порожнистих органів, як причинний фактор перитоніту.
 - Б) Надзвичайно важкі патогенетичні зміни в організмі, що викликані характером основного захворювання і перитонітом.
 - В) Необхідність екстреного оперативного втручання, незважаючи на важкість стану хворого.
 - Г) Висока летальність, особливо у людей похилого та старечого віку.
3. **Етіологічні фактори розвитку синдрому перфорації порожнистого органу ШКТ:**
 - А) Перфорація шлунка та ДПК, як ускладнення виразки цих органів.
 - Б) Перфорація стінок тонкої та товстої кишок, як ускладнення різних захворювань, до яких відносяться пухлини, запальні захворювання кишок, туберкульоз кишок і черевний тиф.
4. **Клінічні ознаки синдрому перфорації порожнистого органу ШКТ.**
 - А) **Клінічний перебіг визначається:**
 - нозологічною формою основного захворювання;
 - тяжкістю перебігу основного захворювання;
 - локалізацією перфорації (верхні та нижні відділи ШКТ) та вмістом (шлунок, ДПК, тонка або товста кишка), який потрапляє до черевної порожнини;
 - кількістю перфоративних отворів;
 - часом, який минув з моменту перфорації.
 - Б) **Клінічні прояви синдрому перфорації порожнистого органу ШКТ:**
 - а) **залежать від локалізації перфорації:**
 - при перфорації **у верхньому відділі ШКТ:**
 - біль «кинджальний», який виникає раптово у верхньому відділі живота;
 - виразковий анамнез або характерні «шлункові» скарги;
 - дошкоподібне напруження м'язів передньої черевної стінки;
 - при перфорації **у нижньому відділі ШКТ:**
 - різке посилення болю або раптове виникнення болю в животі (біль менше виражений, ніж у верхньому відділі ШКТ);
 - виражена слабкість;
 - блювання багаторазове;
 - лихоманка;
 - невідходження газів та затримка дефекації;
 - другорядні ознаки синдрому перфорації порожнистого органу ШКТ:
 - загальносоматичні порушення (утруднення дихання, брадикардія з переходом у тахікардію, зниження АТ);
 - функціональні порушення (спрага, сухість у роті);
 - б) **аналіз розвитку захворювання:**
 - при перфорації **у верхньому відділі ШКТ:**
 - гострий початок з проявами больового шоку та наявність болю у верхній половині живота;
 - нерідко в анамнезі – виразка шлунка та ДПК;
 - проявам різкого болю передують продромальний період у вигляді болю, нудоти, можливо блювання;
 - при перфорації **у нижньому відділі ШКТ:**
 - розвиток патології повільніший, без явищ больового шоку;
 - частіше процес виникає у нижній частині живота;

в) об'єктивні прояви захворювання:

- при перфорації **у верхньому відділі** ШКТ:
 - залежать від стадії процесу (протягом 6 год спостерігається виражений больовий синдром та напруження м'язів черевної стінки – хімічний вплив на очеревину вмісту шлунка; від 6 до 12 год – період уявного благополуччя, коли стан хворих дещо покращується; після 12 год – період розвитку перитоніту внаслідок поширення інфікування вмісту черевної порожнини та розвитку ССЗВ);
- при перфорації **у нижньому відділі** ШКТ:
 - одразу важкий стан хворого, що проявляється явищами розповсюдженого перитоніту та інтоксикації;
 - позитивні симптоми подразнення очеревини по всьому животі.

5. Формування попереднього діагнозу на підставі клінічних даних.

Попередній діагноз формується на підставі скарг хворого, анамнезу захворювання та його об'єктивізації, проведеними фізикальними методами дослідження.

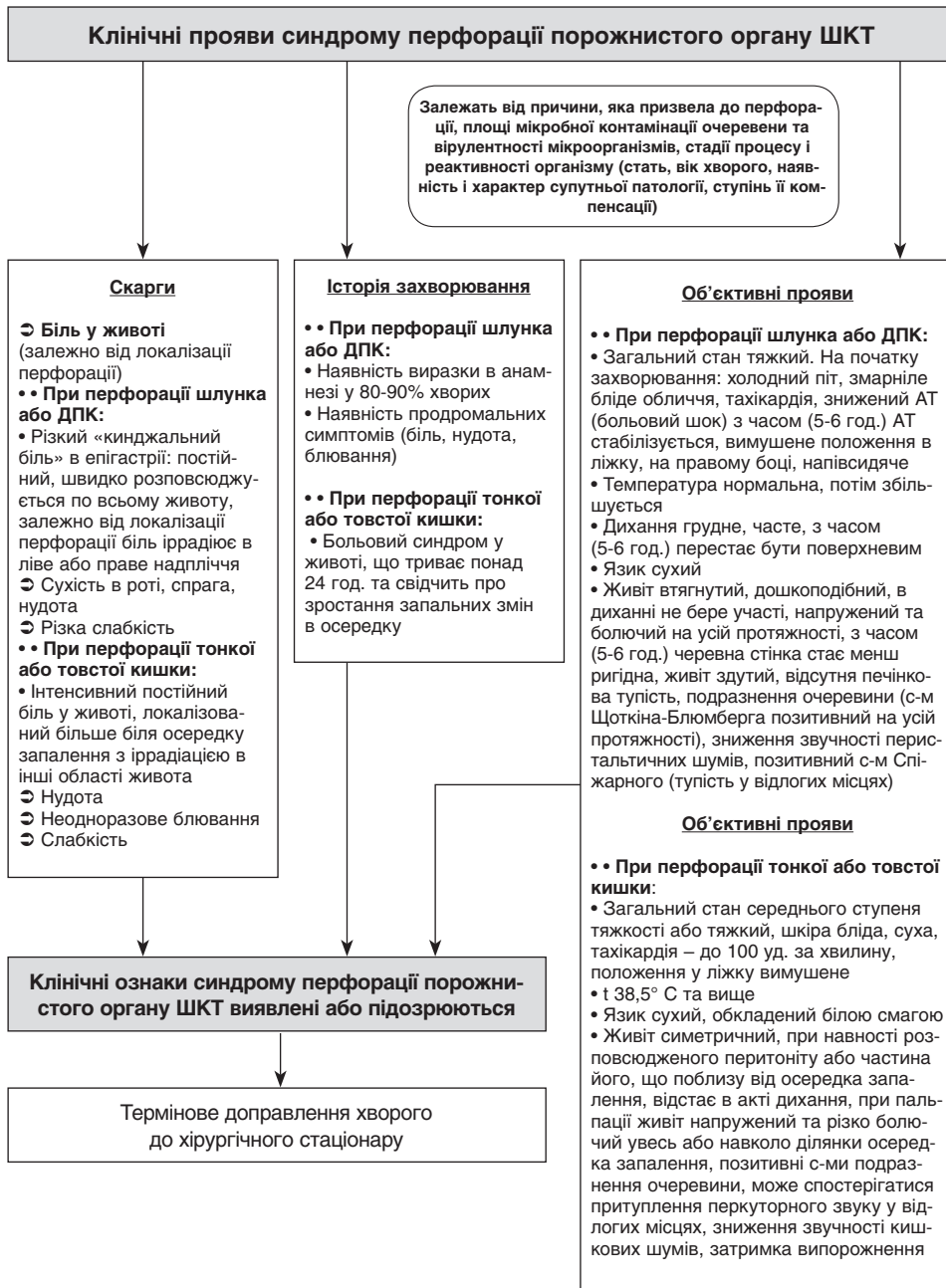
6. Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при перфорації порожнистого органу ШКТ (схема 1.3).

Основна частина. Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Синдром перфорації порожнистого органу ШКТ» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги

Синдром перфорації порожнистого органу ШКТ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Синдром перфорації порожнистого органу ШКТ, як правило, розвивається на фоні існуючих захворювань шлунка, ДПК, тонкої та ободової кишок, і є патологією, де медична допомога повинна надаватись у найкоротший термін часу	Обов'язкові вимоги, методи 1. Перфорація порожнистого органу ШКТ. Причина його виникнення – важкі, частіше за все, хронічні захворювання, які несвоєчасно були виявлені або при їх виявленні проводилась неадекватна терапія. 2. Найчастішими причинами розвитку перфорації є виразки шлунка та ДПК, пухлини товстої та тонкої кишки, туберкульоз тонкої кишки, запальні процеси в тонкій та товстій кишках (хвороба Крона, виразковий коліт). Робота лікаря загальної практики повинна включати своєчасне виявлення цих захворювань, планове оздоровлення хворих на виразкову хворобу та інших виявлених патологічних станів, які можуть призвести до перфорації. Бажані вимоги, методи ФГДС або колоноскопія за показаннями (при характерному больовому синдромі та клінічних симптомах) При необхідності – консультація гастроентеролога або хірурга
Діагностика	За наявності клінічних проявів перитоніту та ознак перфорації порожнистого органу	Обов'язкові методи діагностики Аналіз клінічних ознак (скарги на біль у животі, нудоту, блювання, утруднення відходження газів та випорожнень, клінічних проявів перитоніту), історії захворювання (наявність виразки в анамнезі, клінічних проявів дисфункції тонкої та товстої кишок), даних фізикальних методів дослідження (ознаки перитоніту, наявність порушення вітальних функцій). Бажані методи діагностики При можливості – виконання загального аналізу крові та клінічного аналізу сечі, оглядової рентгенографії органів черевної порожнини

Схема 1.3



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Супроводження прооперованого хворого після стаціонарного лікування протягом 30 днів при неускладненому перебігу	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування: - В амбулаторних умовах повинно здійснюватись за характером формування післяопераційного рубця, при наявності ускладнень з боку рани – перев'язки. - Спостереження за прооперованим хворим залежить від характеру захворювання та виду перенесеного хірургічного втручання. При перфоративній виразці Хворий виписується під нагляд хірурга поліклініки і через рік після операції, якщо немає віддалених хірургічних ускладнень, передається під нагляд гастроентеролога, терапевта або лікаря загальної практики. При виконанні операції в обсязі ушивання виразки – продовження після виписки із стаціонару терапії засобами для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, через три місяці після виписки – контрольна ФГДС з метою виявлення рецидиву виразки, з подальшим наглядом та періодичним обстеженням за алгоритмом нагляду за хворим з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. При ускладненому перебігу захворювання та неефективності терапії засобами для лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки – вирішення питання про хірургічне втручання за відносними показаннями. При виконанні операції в обсязі ваготомії із ДП (ПП) або резекції шлунка – нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться за потребою

1.3. СИНДРОМ ГОСТРОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШОК (механічна та динамічна непрохідність кишок)

Гостра непрохідність кишок – це поліетіологічне захворювання, яке клінічно проявляється порушенням просування кишкового вмісту шлунково-кишковим трактом. Клінічні прояви непрохідності кишок потребують огляду пацієнта хірургом та прийняття рішення про обсяги діагностики та лікування.

Коротка епідеміологічна інформація

В Україні гостра непрохідність кишок займає п'яте місце за поширеністю і становить понад 5% серед гострих хірургічних захворювань черевної порожнини. В той же час, щодо летальності в абсолютних цифрах, ця патологія займає одне з перших місць серед усіх гострих захворювань органів черевної порожнини.

Частота гострої непрохідності кишок за рівнем перешкоди становить: тонкокишкова – 60-70%, товстокишкова – 30-40%.

Гостра непрохідність кишок може виникати в усіх вікових групах, але найчастіше вона зустрічається у віці 30-60 років. Середній вік хворих, що страждають на спайкову кишкову непрохідність, менший, ніж у пацієнтів з непрохідністю кишок внаслідок пухлинного процесу.

Найбільш частою причиною кишкової непрохідності є спайки черевної порожнини. Ця форма непрохідності частіше зустрічається у зв'язку зі збільшенням кількості операцій на органах черевної порожнини і успішного лікування гнійно-запальних захворювань черевної порожнини різної етіології.

Іншою причиною кишкової непрохідності є пухлинне ураження товстої кишки, особливо у осіб похилого та старечого віку. У цій віковій групі пухлини товстої кишки мають ускладнений перебіг від 40% до 80% випадків. Обтураційна непрохідність у 2 рази частіше розвивається при раку лівої половини ободової кишки, аніж її правої частини. У 80%-90% хворих з ускладненим раком

ободової і прямої кишок виявляються III-IV стадії захворювання. Зростання випадків раку товстої кишки не призводить до істотного зростання випадків кишкової непрохідності, що пов'язано з поліпшенням діагностики цієї патології.

У жінок гостра непрохідність кишок виникає в 1,5-2 рази рідше, ніж у чоловіків, за винятком спайкової непрохідності, на яку частіше страждають жінки. Цей вид непрохідності становить понад 50% усіх спостережень даного патологічного стану.

Протокол надання екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при синдромі гострої непрохідності кишок

Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту включає затримку його просування шлунково-кишковим трактом з порушенням кровообігу в стінці кишки, розвитком каскаду воле-мічних змін та перитоніту, що призводить до поліорганної дисфункції та недостатності.

Загальні питання розвитку та клінічних проявів гострої непрохідності кишок

1. **Визначення.** Гостра непрохідність кишок – це захворювання, що характеризується частковим або повним порушенням просування кишкового вмісту травним трактом.
2. **Загальні поняття про гостру непрохідність кишок:**
 - А) Гостра непрохідність кишок не є самостійним захворюванням.
 - Б) Гостра непрохідність кишок ускладнює ряд різних за етіологією, патогенезом та клінічною картиною захворювань.
 - В) Причинні фактори виникнення гострої непрохідності кишок розглядаються у зв'язку з її видом.
3. **Причини розвитку гострої непрохідності кишок у дорослих:**
 - А) Спайки, зрощення, рубцеві тяжі, як наслідок перенесених операцій та перенесених запальних процесів.
 - Б) Пухлини, запальні інфільтрати, гематоми.
 - В) Наявність у порожнині кишки сторонніх предметів, які обтурають кишку (жовчні конкременти, копроліти та ін.).
4. **Види та механізми розвитку гострої непрохідності кишок.**
 - А) Виникнення перешкоди в кишці:
 - а) **механічна перешкода в кишці:**
 - обтураційна непрохідність (низька, висока);
 - странгуляційна непрохідність (низька, висока);
 - б) **динамічна непрохідність тонкої та товстої кишок:**
 - на тлі локального запального процесу у черевній порожнині;
 - на тлі розповсюдженого запального процесу у черевній порожнині;
 - на тлі травми або позаочеревинного токсичного впливу.
 - Б) Збільшення в діаметрі петель тонкої та товстої кишок:
 - а) вище місця перешкоди при механічній непрохідності;
 - б) усіх петель кишок внаслідок гальмування їх моторної функції.
 - В) Ентеральна недостатність.
 - Г) Порушення мікроциркуляції та відтоку крові по венах.
 - Д) Подальше пригнічення моторики кишок.
 - Е) Трансудація рідини в порожнину розтягнутих петель кишок.
 - Є) Транслокація мікробної флори із порожнини кишок у черевну порожнину і розвиток перитоніту.
 - Ж) Інтوكсикація.
 - З) Шунтування неоксигенованої венозної крові в легенях.
 - І) Гіпоксія, поліорганна недостатність.
5. **Клінічний перебіг гострої непрохідності кишок залежить від:**
 - А) **Виду гострої непрохідності кишок:**
 - а) **механічна непрохідність кишок:**
 - обтураційна непрохідність кишок включає обтурацію кишки або стискання її ззовні без порушення кровообігу в судинах брижі;
 - странгуляційна непрохідність кишок включає повне або часткове стискання судин брижі, що призводить до порушення кровообігу в стінці кишки;

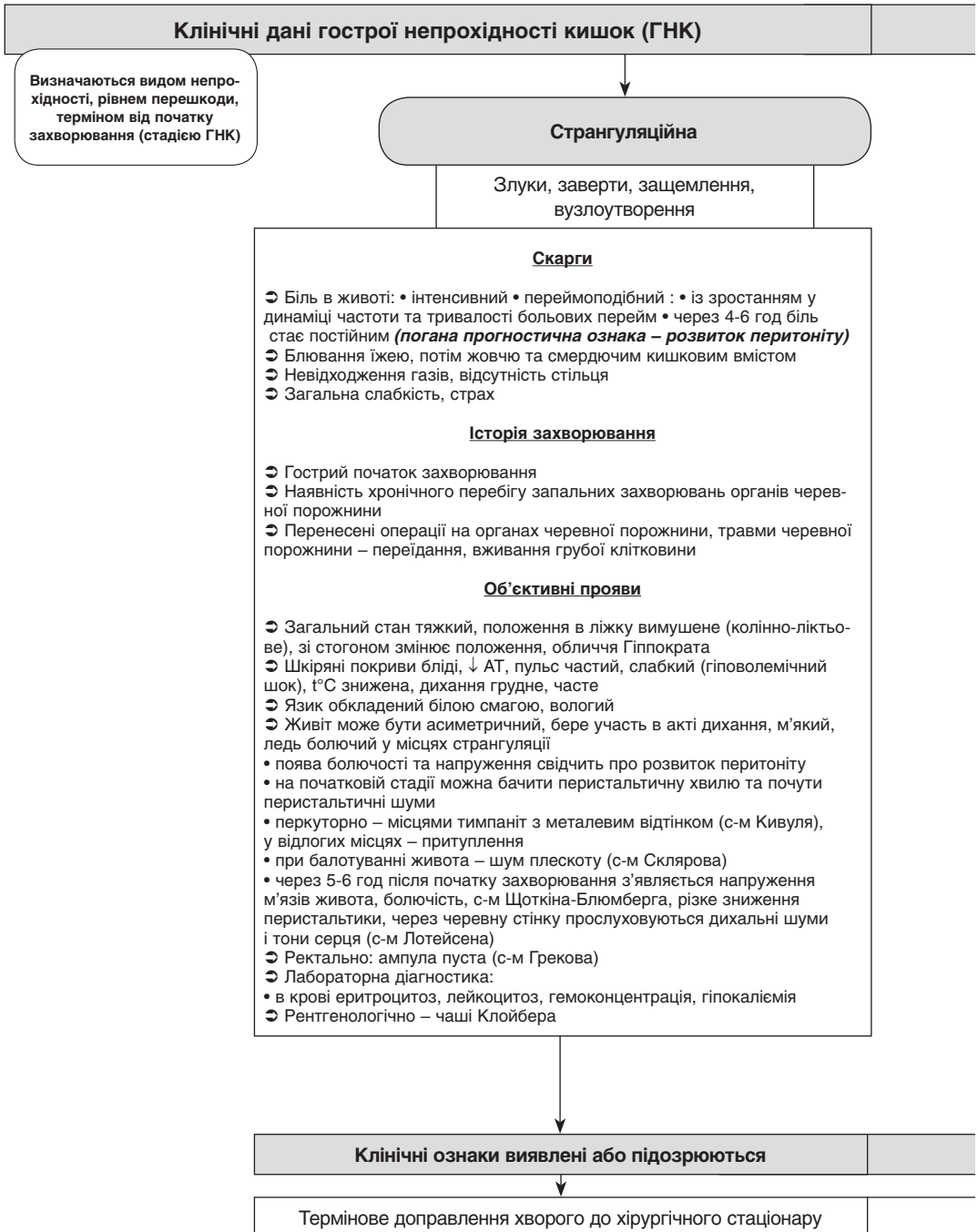
- *змішана непрохідність кишок* включає сполучення obturaційної та strangulaційної непрохідності, що виникає при інвагінації кишки, коли відділ, який інвагується, перекидає порожнину кишки, а судини брижі інвагігату стискаються, викликаючи ішемічні розлади в стінці кишки;
 - б) **динамічна непрохідність кишок:**
 - динамічна непрохідність кишок;
 - спастична непрохідність кишок.
 - Б) *Рівня гострої непрохідності кишок:*
 - а) **низька непрохідність (ободова і пряма кишка):**
 - порушення наростають повільно;
 - основна причина змін у загальному статусі хворого – інтоксикація;
 - б) **висока непрохідність (ДПК та тонка кишка):**
 - порушення наростають швидко;
 - основна причина змін у загальному статусі хворого – полегмічні розлади через блювання.
 - 6. **Основні клінічні ознаки гострої непрохідності кишок.**
 - А) *Скарги:*
 - наявність та характер болю (при непрохідності біль переймоподібний, зростаючої інтенсивності, інтенсивність болю залежить від виду непрохідності);
 - нудота та блювання (ознака не постійна, наявність та частота залежить від рівня перешкоди в кишці, виду та форми непрохідності, при високій непрохідності блювання багаторазове, виникає рано, при приєднанні перитоніту блювання безперервне і не приносить полегшення);
 - затримка дефекації та газів (часті та важливі симптоми);
 - здуття живота (характерно для obturaційної та динамічної непрохідності).
 - Б) *Анамнез захворювання:* дає можливість аналізувати послідовність розвитку захворювання в погодинному аспекті, уточнюється характер перенесених операцій, з'ясовується характер змін випорожнень за останні місяці.
 - В) *Об'єктивні дані:*
 - а) **огляд хворого:**
 - оцінюється загальний стан хворого, який залежить від виду непрохідності та її рівня;
 - язик при огляді спочатку вологий, а в міру зростання гіповолемії стає сухим;
 - живіт асиметричний, роздутий, його форма та асиметрія залежать від локалізації перешкоди і виду непрохідності;
 - б) **фізикальні методи дослідження:**
 - гемодинамічні показники (пульс, АТ) залежать від вираженості гіповолемії та ступеня зниження ОЦК;
 - *пальпація черевної стінки* – оцінюється локалізація і характер болочості;
 - *перкусія передньої черевної стінки* – тимпаніт по всій поверхні черевної стінки;
 - *аускультация живота* – на початковій стадії непрохідності перистальтичні шуми високого тону внаслідок переміщення рідини і газу у петлях кишок.
- Патогномонічні симптоми гострої непрохідності кишок**
- Валя симптом** – асиметрія живота, може пальпаторно виявлятися пухлиноподібне утворення та тимпаніт при перкусії над ним.
- Шланге симптом** – видима перистальтика кишок.
- Склярора симптом** – шум плескоту в тонкій або товстій кишці при балотуванні передньої черевної стінки.
- Аншютца симптом** – виражений метеоризм у правій здухвинній ділянці при непрохідності товстої кишки;
- Спасокуцького симптом** – аскультативно виявляється шум краплі, що падає в петлях кишок.
7. **Формування попереднього діагнозу на підставі клінічних даних.**
Попередній діагноз формується на підставі скарг хворого, анамнезу захворювання та його об'єктивізації, проведеними фізикальними методами дослідження.
8. **Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при синдромі гострої непрохідності кишок (схема 1.4).**

Основна частина. Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Синдром гострої непрохідності кишок» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги.

Гостра непрохідність кишок

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Синдром гострої непрохідності кишок є ускладненням різних за етіологією та патогенезом захворювань, однак цей стан потребує ранньої діагностики та хірургічного лікування	Обов'язкові вимоги, методи 1. Синдром гострої непрохідності кишок не є самостійним захворюванням і, як правило, він виникає на фоні злукового процесу у черевній порожнині після перенесених операцій, наявності пухлинних захворювань кишок, локальних та розповсюджених запальних процесів у черевній порожнині. - Виникнення синдрому гострої непрохідності кишок клінічно проявляється частковим або повним порушенням просування кишкового вмісту по ШКТ, що пов'язано з обтурацією товстої або тонкої кишок пухлинним процесом, зовнішнім здавленням кишки та судин брижі, порушенням моторної функції кишок внаслідок запального процесу у черевній порожнині. - Хворий з підозрою на наявність гострої непрохідності кишок потребує термінової консультації хірурга, проведення діагностичних процедур та визначення лікувальної тактики. Бажані вимоги, методи - Хворі зі спайковою хворобою підлягають диспансерному нагляду і при клінічних проявах переймоподібного болю, наявності рентгенологічних даних порушення просування барієвого контрасту по ШКТ, вони повинні консультуватися хірургом для визначення потреби в плановій операції. - Частіше у хірургії органів черевної порожнини застосовувати мініінвазивні, відеолапароскопічні операції, які дають менший відсоток спайкової хвороби
Діагностика	За наявності клінічних проявів гострої непрохідності кишок	Обов'язкові методи діагностики Аналіз клінічних ознак (скарги залежать від виду та рівня непрохідності кишок: при странгуляційній непрохідності – переймоподібний біль в черевній порожнині, можлива нудота, блювання, асиметрія передньої черевної стінки; при обтураційній непрохідності біль менш виразний, на перший план виходить інтоксикація, утруднення з відходженням газів, випорожнень, може бути шум плескоту при балотуванні черевної стінки, при фізикальному дослідженні – здуття живота). Бажані методи діагностики При можливості – виконання загального аналізу крові та клінічного аналізу сечі, оглядової рентгенограми черевної порожнини
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Супроводження прооперованого хворого після стаціонарного лікування протягом 30 днів при неускладненому перебігу	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування В амбулаторних умовах повинен здійснюватись нагляд за характером формування післяопераційного рубця, при наявності ускладнень з боку рани – перев'язки

Схема 1.4



Клінічні дані гострої непрохідності кишків (ГНК)

Обтураційна

Обтурація пухлиною, жовчними або каловими конкрементами, клубком аскарид, чужорідними тілами

Скарги

- Неінтенсивний, переймоподібний біль зі «світлими проміжками», часто тривалими
- Блювання спочатку не часте, вмістом шлунка, ДПК, потім більш часте, набуває «фекалоїдного» характеру
- Затримка стільця, невідходження газів
- Загальна слабкість

Історія захворювання

- Клінічні прояви основного захворювання
- Поступовий розвиток при пухлинному походженні
- Гострий початок після нападу болю в правому підребер'ї, при наявності глистної інвазії або на фоні тривалих закрепів

Об'єктивні прояви

- Загальний стан спочатку страждає мало, гемодинаміка стабільна, дихання часте, ознаки болювого шоку не часті (тільки при повній обтурації)
- Стан шкіряних покривів обумовлений причиною непрохідності, $t^{\circ}C$ нормальна
- Язик вологий
- Живіт симетричний роздутий, бере участь в акті дихання
 - при пальпації м'який, помірно болючий, нерідко пальпується пухлиноподібне утворення
 - с-мів подразнення очеревини немає, у відлогих місцях – тимпаніт
 - при балотуванні – «шум плескоту», с-ми Спасокукоцького, Шланге
 - такий стан може бути протягом декількох днів.
- Ректально: ампула пуста, можна визначити пухлину, чужорідне тіло, голівку інвагінації, позитивна проба Цеге-Мантейфеля
- Лабораторна діагностика: анемія, лейкоцитоз, гемоконцентрація, гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпохлоремія, ацидоз, порушення електролітів, підвищення остаточного азоту, олігурія, наявність білка та циліндрів у сечі
- Рентгенологічно – чаші Клойбера, гіперпневматоз
- при іригографії – дефект наповнення, обтураційний просвіт товстої кишки

Динамічна

Спастична

Скарги

- Біль нападоподібний по усьому животі
- Нудота, блювання
- Відчуття розпирання в животі
- Невідходження газів, затримка стільця

Історія захворювання

- Харчова і глистна інтоксикація
- Істерія
- Отруєння свинцем
- Наркоманія

Об'єктивні прояви

- Загальний стан страждає мало
- Розладу вітальних функцій немає
- Язик вологий
- Живіт роздутий, бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болючий на ділянці спазмованої кишки
- Позитивний с-м Склєрова, перистальтичні шуми посилені або звичайні, у відлогих місцях – тимпаніт
- Ректально – в ампулі звичайний кал
- В аналізах крові та сечі – без патології (при гострому отруєнні може бути анурія)
- Рентгенологічно – гіперпневматоз

Паралітична

Скарги

- Розлитий біль по всьому животі
- Невідходження газів, затримка стільця
- Блювання шлунковим та кишковим вмістом

Історія захворювання

- Захворювання ШКТ, що супроводжується рефлексним або запальним походом парезу кишків
- Травми живота, хребта і тазу
- Після операції на органах черевної порожнини
- Серцево-судинна патологія (склероз, тромбози судин брижі)
- Перитоніт

Об'єктивні прояви

- Загальний стан середньої тяжкості або тяжкий
- Шкіряні покриви бліді, задишка, зниження АТ, тахікардія
- Язик сухий
- Живіт рівномірно роздутий, обмежено бере участь в акті дихання
- Черевна стінка напружена, пальпаторно розлита болючість, позитивні симптоми подразнення очеревини
- Перистальтичні шуми послаблені або відсутні, притуплення у відлогих місцях
- Ректально – позитивний с-м Куленкампа
- Рентгенологічно – чаші Клойбера
- Лабораторна діагностика: лейкоцитоз, посунення формули ліворуч, дефіцит білка, електролітів

Клінічні ознаки виявлені або підозрюються

Термінове доправлення хворого до хірургічного стаціонару

1.4. СИНДРОМ КРОВОТЕЧІ В ПРОСВІТ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ (гостра кровотеча із верхньої або нижньої частини шлунково-кишкового тракту)

Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) ускладнюють перебіг більш ніж 100 захворювань різної етіології. У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ця патологія займає четверте місце після гострого апендициту, гострого панкреатиту і гострого холециститу.

Коротка епідеміологічна інформація

Причиною більше 90% усіх кровотеч є виразки шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), ерозивний геморагічний гастрит, злоякісні пухлини, синдром Меллорі-Вейса (СМВ), варикозно розширені вени стравоходу та шлунка. Надання допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами (ШКК) є однією з актуальних проблем сучасної наукової та практичної медицини, тому що частота ШКК з кожним роком зростає і в багатьох країнах світу складає від 50 до 172 випадків на 100000 населення.

За останній час смертність від кровотеч зменшилась завдяки впровадженню ендоскопічних діагностичних та лікувальних методик, але все ще складає від 4% до 14%. В Україні щорічно лікуються в стаціонарах більш як 50000 хворих з приводу ШКК. Частота кровоточивих гастродуоденальних виразок (ГДВ) з кожним роком не зменшується, не дивлячись на успіхи медикаментозного лікування хворих на виразкову хворобу, а частота кровотеч з варикозно-розширених вен (ВРВ) стравоходу та шлунку збільшується.

Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки є найпоширенішим захворюванням шлунково-кишкового тракту, яке, за даними світової літератури, зустрічається у більш ніж 10% дорослого населення.

В Україні захворюваність на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки досягає 12,6%, при цьому ускладнення перебігу виразкової хвороби кровотечею зустрічається у 4,55 на 10 000 населення (від 2,43 до 6,7 у різних регіонах).

Хірургічна активність на висоті гострої ШКК виразкової етіології (ГВШКК) становить 11,2% (від 4,7% до 26,7%), при цьому післяопераційна летальність залишається високою і сягає 6,74% (від 0 до 17,8%).

Частка запізно госпіталізованих пацієнтів коливається від 10,9 до 58% і складає 36,9% в середньому по країні.

Післяопераційна летальність серед госпіталізованих після 24 годин з початку захворювання становить 8,65% (від 0 до 50%).

Протокол екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при синдромі гострої кровотечі у просвіті ШКТ

Синдром гострої кровотечі в просвіті ШКТ є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі порушення цілісності стінок судин стравоходу, шлунку, ДПК, тонкої або ободової і прямої кишок, що проявляється гіповолемією та втратою еритроцитів, які виконують транспорт кисню. Гостра кровотеча потребує невідкладної медичної допомоги у лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасний ендоскопічний гемостаз, медикаментозна терапія та корекція дефіциту ОЦК призводить до розвитку гіповолемії, анемії та прогресуючої поліорганної недостатності.

Загальні питання розвитку і клінічних проявів синдрому кровотечі в просвіті ШКТ

1. Визначення. Кровотеча в просвіті ШКТ характеризується гострим або хронічним витіканням крові при наявності патологічних процесів у стравоході, шлунку, ДПК, тонкій або товстій кишках.

2. Види кровотечі в просвіті ШКТ та їх розподіл за локалізацією джерела кровотечі:

А) Види кровотеч:

- а) гостра кровотеча – швидкість крововтрати понад 7% ОЦК за годину;
- б) підгостра кровотеча – 5-7% ОЦК за годину;
- в) хронічна кровотеча – повільне витікання крові у просвіті шлунково-кишкового тракту (менше 3% ОЦК за годину).

Б) Розподіл шлунково-кишкових кровотеч за локалізацією джерела кровотечі:

- а) *кровотеча із верхніх відділів ШКТ* – це кровотеча із стравоходу, шлунка та ДПК;
- б) *кровотеча із нижніх відділів ШКТ* – це кровотеча із тонкої кишки нижче дуоденоєюнального вигину до ілеоцекального кута та із товстої кишки – від сліпої до прямої включно.

- В) Розподіл за етіологією:**
- а) неварикозна кровотеча;
 - б) варикозна кровотеча.
- Г) Розподіл за частотою виникнення кровотечі:**
- а) первинна кровотеча;
 - б) рецидивна кровотеча.
- Д) Розподіл за ступенем тяжкості крововтрати:**
- а) помірна крововтрата;
 - б) крововтрата середнього ступеня тяжкості;
 - в) крововтрата тяжкого ступеня;
 - г) вкрай тяжка крововтрата.
- Е) Розподіл за інтенсивністю кровотечі:**
- а) інтенсивна кровотеча;
 - б) неінтенсивна кровотеча.
- 3. Причини кровотеч у просвіт шлунково-кишкового тракту:**
- а) із верхнього відділу ШКТ:**
 - виразка шлунка та ДПК (45-55%);
 - ерозивно-геморагічний езофагіт (10-20%);
 - пухлина стравоходу, шлунка або ДПК (2-8%);
 - синдром Меллорі – Вейса (2-7%);
 - варикозне розширення вен стравоходу та шлунка (5-7%);
 - виразка Делая (1%);
 - інші (близько 6%);
 - б) із нижнього відділу ШКТ:**
 - пухлини тонкої та товстої кишок (20-30%);
 - дивертикули ободової кишки (10-15%);
 - хвороба Крона (2-5%);
 - неспецифічний виразковий коліт (12-15%);
 - хронічний геморой (30-35%);
 - інвагінати тонкої кишки (2-5%);
 - інші захворювання (2-9% кровотеч із нижнього відділу ШКТ) – інфекційні коліти, гострі ішемічні ураження кишок, радіаційний коліт та ін. У 5-10% пацієнтів причину кровотечі із нижніх відділів ШКТ виявити так і не вдається.
- 4. Клінічні дані гострої кровотечі.**
- А) Зовнішні ознаки ШКК залежать від:**
 - а) темпу і об'єму крововтрати;
 - б) характеру патологічного процесу, що ускладнився кровотечею;
 - в) віку хворого;
 - г) наявності та характеру супутніх захворювань.
 - Б) Волемічні порушення і гіпоксія.**
 - В) Ознаки геморагічного шоку.**
- 5. Формування попереднього діагнозу на підставі клінічних даних.**
- Попередній діагноз формується на підставі скарг хворого, анамнезу захворювання та його об'єктивізації, притаманній різній локалізації ШКК залежно від характеру захворювання:
- А) При наявності блювоти з ознаками червоної крові із згортками слід запідозрити локалізацію джерела кровотечі у стравоході або в кардіальному відділі шлунка, що можливо при кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу і шлунку, при розривах, виразках і пухлинах кардіального відділу шлунка.**
 - Б) При наявності блювоти важливо відрізнити шлункову кровотечу від легеневої, яка проявляється не блюванням, а кашлем з пінним кривавим вмістом (легенева кровотеча може супроводжуватись заковтуванням та зригуванням крові).**
 - В) Наявність блювоти шлунковим вмістом типу «кавової гущі», мелени може свідчити про джерело кровотечі у дистальних відділах шлунка або у ДПК, що частіше є проявом виразкової хвороби та пухлини шлунка.**
 - Г) При наявності змішаної з калом темної крові із прямої кишки необхідно запідозрити джерело кровотечі в правих відділах товстої кишки, а при наявності яскраво червоної крові, перемішаної з калом – про кровотечу із лівих відділів ободової кишки.**

- Д) Струменева кровотеча із прямої кишки на прикінці акту дефекації може свідчити про її гемороїдальне походження, а наявність крові на поверхні калу з одного боку – про тріщину заднього проходу.
6. Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при гострій кровотечі із верхнього (схема 1.5) та нижнього (схема 1.6) відділів ШКТ.

Схема 1.5

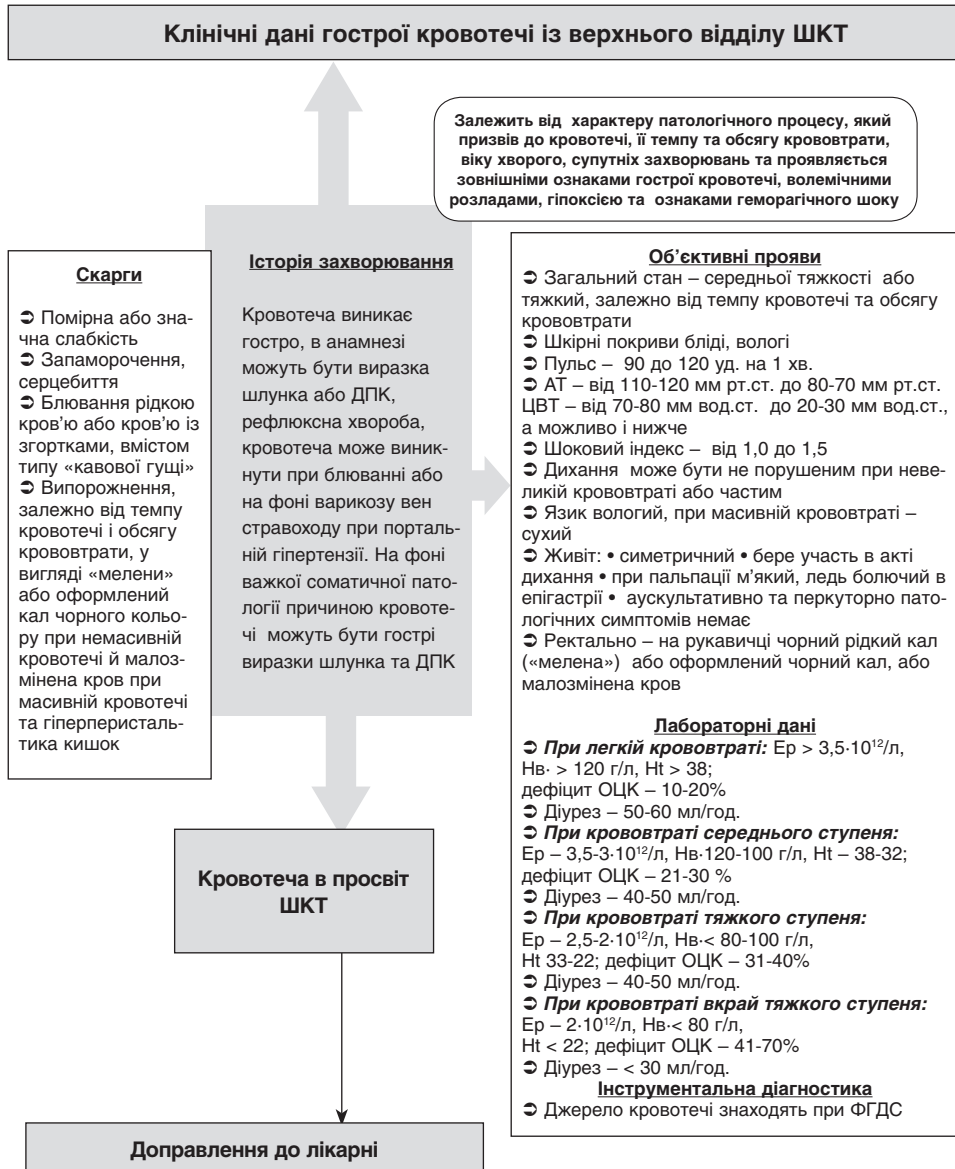
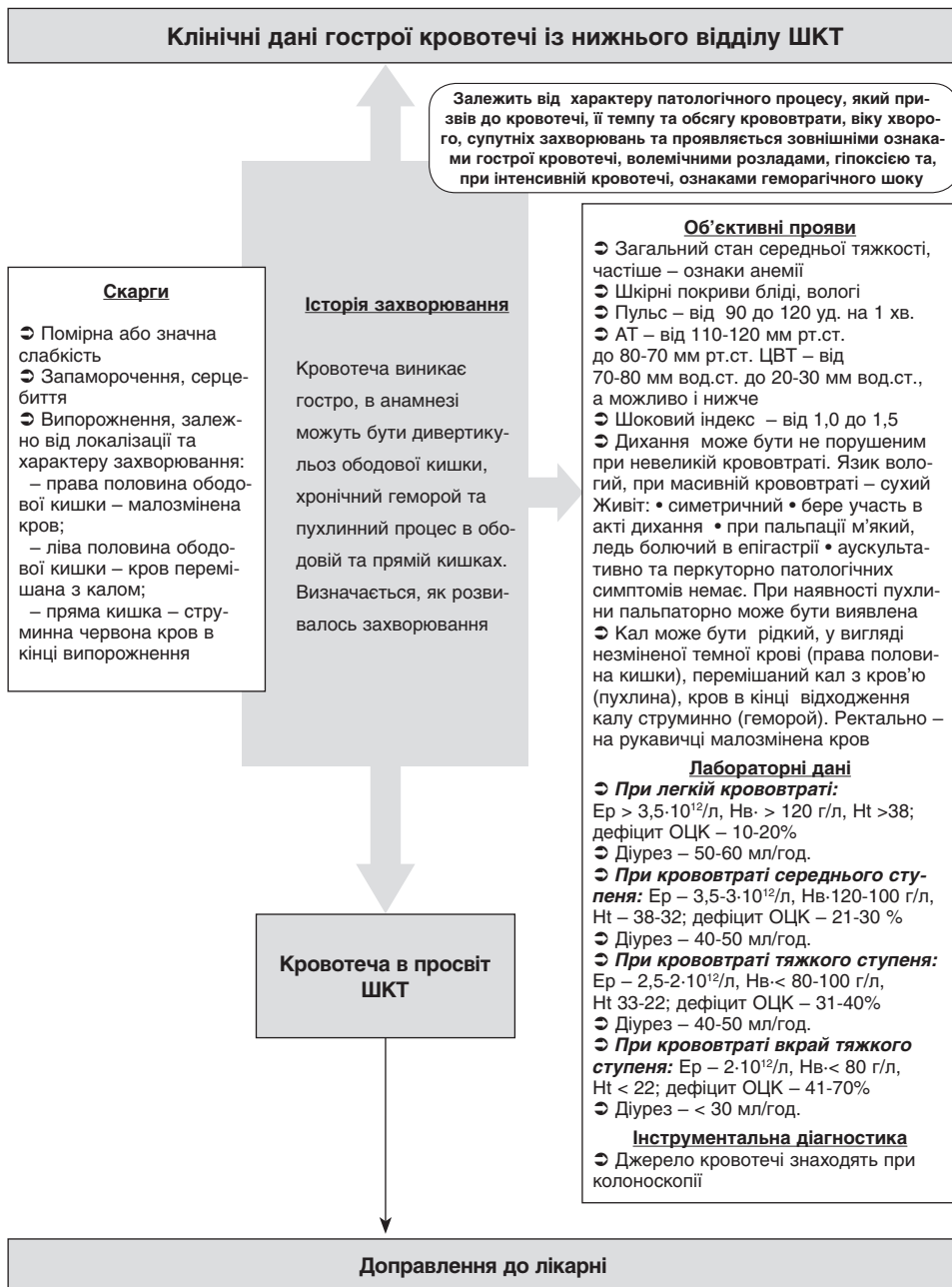


Схема 1.6



Основна частина. Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Синдром гострої кровотечі у просвіт ШКТ» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги.

Синдром гострої кровотечі у просвіт ШКТ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Синдром гострої кровотечі у просвіт ШКТ, як правило, розвивається на фоні існуючих захворювань стравоходу, шлунка, ДПК, тонкої, ободової та прямої кишок, і є патологією де медична допомога повинна надаватись у найкоротший термін часу	Обов'язкові вимоги, методи 1. Кровотеча у просвіт ШКТ. Причина її виникнення, частіше за все, – тяжкі хронічні захворювання стравоходу, шлунка, ДПК, тонкої та товстої кишок, які несвоєчасно були виявлені або при їх виявленні проводилась неадекватна та несвоєчасна терапія. 2. Найчастішими причинами розвитку кровотечі є патологічні процеси з боку стравоходу (езофагіт, варикоз вен), шлунка та ДПК (гостра та хронічна виразка, пухлина), пухлини товстої та тонкої кишок. 3. Робота лікаря загальної практики повинна бути спрямована на своєчасне виявлення цих захворювань, планове оздоровлення хворих, раціональне використання медичних препаратів, які мають ульцерогенну дію, що повинно призвести до зменшення випадків ШКК. 4. За наявності клінічних ознак кровотечі у просвіт ШКТ хворий повинен бути терміново доставлений до лікарні інтенсивного лікування, а за наявності затвердженого Департаментом охорони здоров'я маршруту доставки таких хворих до лікарні за визначеним маршрутом, при наявності центру кровотеч, – до лікарні, де він розташований. Бажані вимоги, методи 1. Своєчасне виявлення хронічних захворювань, які можуть бути ускладнені ГШКК, при ознаках ГШКК, надання необхідного консервативного лікування та транспортування пацієнта до медичного закладу, який надає медичну допомогу таким хворим
Діагностика	За наявності клінічних проявів кровотечі із верхніх та нижніх відділів ШКТ	Обов'язкові методи діагностики: 1. Аналіз клінічних ознак (загальна слабкість, запаморочення, серцебиття, нудота, блювання кров'ю або вмістом типу «кавової гущі», сухість у роті, наявність чорного рідкого калу – «мелени», чорного оформленого калу, червоної (артеріальної) або темної (венозної) крові в калі). 2. Клінічні ознаки гіповолемії та геморагічного шоку: - про тяжкість ШКК у перші години його розвитку свідчать зміни свідомості, АТ, пульсу, дефіцит ОЦК; - зниження вмісту гемоглобіну можливо виявити лише через декілька годин від початку кровотечі; - для оцінки дефіциту ОЦК до початку інфузійної терапії визначають шоківий індекс (ШІ), розрахований за методом Альговера: шоківий індекс (ШІ) – частка від відношення частоти пульсу до показника систолічного тиску (чим вищий цей показник, тим більша крововтрата).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії		
		Індекс Альговера	Об'єм крововтрати (л)*	Дефіцит ОЦК(%)
		0,5	0	0
		0,8	0,5	10
		0,9-1,2	1,0	25
		1,3-1,5	1,5	30
		2,0	2,0	40
		Понад 2,0	Понад 2,0	Понад 40

*У літрах для хворого вагою 70-80 кг.

3. Залежно від об'єму крововтрати та клінічних симптомів, Американська Колегія хірургів встановила чотири класи крововтрати.

Клас	Клінічні симптоми	Об'єм крововтрати (%)
I	Ортостатична тахікардія	15
II	Ортостатична гіпотензія	20-25
III	Артеріальна гіпотензія в положенні лежачи на спині, олігурія	30-40
IV	Порушення свідомості, колапс	Понад 40

А) Клас I – втрата до 15% ОЦК:

- а) клінічні симптоми відсутні або наявна ортостатична тахікардія у спокої, в першу чергу, стоячи;
- б) ортостатичною тахікардію вважають тоді, коли при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне ЧСС збільшується не менше ніж на 20 ударів за 1 хвилину.

Б) Клас II – втрата від 20 до 25% ОЦК:

- а) основним клінічним проявом є ортостатична гіпотензія;
- б) гіпотензію вважають ортостатичною, якщо при зміні положення тіла з горизонтального на вертикальне АТ зменшується не менше ніж на 15 мм рт.ст.;
- в) АТ лежачи у нормі або дещо знижений, діурез – збережений.

В) Клас III – втрата від 30 до 40% ОЦК:

- а) гіпотензія в положенні лежачи на спині;
- б) олігурія (швидкість виділення сечі менше ніж 400 мл/добу або менше ніж 0,5 мл/кг/год).

Г) Клас IV – втрата понад 40% ОЦК:

- а) стан потенційно небезпечний для життя;
- б) порушення свідомості до коми;
- в) колапс (вкрай низький АТ);
- г) олігоанурія.

Бажані методи діагностики

При можливості – визначення гемоглобіну, еритроцитів

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Надання невідкладної медичної допомоги при зверненні хворого та супроводження пацієнта після виписки із стаціонару 30 діб при неускладненому перебігу лікування, при наявності патологічного процесу, який потребує подальшого спостереження, лікування, визначення працездатності та хірургічного лікування, проводиться лікарем загальної практики сумісно з хірургом і іншими суміжними фахівцями	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування: 1. При зверненні пацієнта з гострою кровотечею у просвіт ШКТ: - до приїзду лікарів невідкладної допомоги в якості первинної медичної допомоги на догоспітальному етапі хворому доцільно налагодити через периферійний катетер внутрішньовенне введення кристалодів, колоїдів, трансамової кислоти; - при нестабільній гемодинаміці інфузійну терапію необхідно розпочати або продовжувати у машині швидкої допомоги, що є обов'язковим. 2. Після виписки хворого із стаціонару А) Оперований хворий: - в амбулаторних умовах повинен здійснюватись нагляд за характером формування післяопераційного рубця, при наявності ускладнень з боку рани – перев'язки; - спостереження за прооперованим хворим залежить від характеру захворювання та виду перенесеного хірургічного втручання. Б) Неоперований хворий: - догляд за хворим, який переніс ШКК, та лікувальна тактика залежить від характеру патологічного процесу, який призвів до кровотечі: • кровотеча із стравоходу: - езофагіт (див. Уніфікований протокол «Рефлюксна хвороба», при наявності грижі стравохідного отвору діафрагми консультація хірурга для вирішення питання хірургічного лікування); - синдром Меллорі – Вейса – рекомендації не вживати алкоголь та не викликати блювання; - варикозна кровотеча – лікування портальної гіпертензії (див. Уніфікований протокол «Цироз печінки, портальна гіпертензія»); • кровотеча із шлунка: - виразка шлунка (див. Уніфікований протокол «Виразкова хвороба шлунка»); - пухлина шлунка (див. Уніфікований протокол «Пухлина шлунка»); • кровотеча із ДПК: - виразка ДПК (див. Уніфікований протокол «Виразкова хвороба ДПК»); • кровотеча із виразок після операції на шлунку: - пептична (післяопераційна) виразка (див. Уніфікований протокол «Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу» та «Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ»); • кровотеча із тонкої або товстої кишки: - пухлина кишки (див. Уніфікований протокол «Пухлина кишки»); • кровотеча із прямої кишки: - геморой (див. Уніфікований протокол «Хронічний геморой»)

1.5. СИНДРОМ УСКЛАДНЕНОЇ ГРИЖІ

Гострі ускладнення є небезпечним клінічним перебігом гриж передньої черевної стінки. Зовнішні грижі живота зустрічаються у 3-4% усього населення. Защемлення є одним із найнебезпечніших ускладнень грижі. Під защемленою грижею розуміють стискання вмісту грижі в її воротах. Защемлені грижі досить часто зустрічаються в практичній діяльності лікарів екстреної медичної допомоги, поліклінічних відділень та сімейних лікарів. За даними літератури, таке ускладнення розвивається у 3-27% хворих із грижами. Частота захворюваності на защемлену грижу в Україні становить 2,64 (0,45-4,07) на 100 000 населення.

Коротка епідеміологічна інформація

У структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини защемлена грижа посідає 6 місце (після гострого апендициту, гострого панкреатиту, гострого холециститу, гострої непрохідності кишок та гострої кровотечі в просвіт травного каналу), а за кількістю екстрених операцій – 3 (після гострого апендициту і гострого холециститу). Защемлені грижі трохи частіше спостерігаються в жінок, ніж у чоловіків. При цьому серед них переважають особи літнього і старечого віку.

Протокол екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при синдромі гострого ускладнення гриж передньої черевної стінки

Синдром гострого ускладнення гриж є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі стискання в дефекті м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки вмісту грижового мішка, що потребує невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасна операція може призвести до розвитку некрозу защемлених тканин та виникнення запалення грижових оболонок.

Загальні питання розвитку і клінічних проявів гриж та синдрому їх гострих ускладнень

1. **Визначення.** Грижею називається вихід під шкіру через природні чи набуті дефекти у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки органів черевної порожнини, вкритих парієтальним листком очеревини.
2. **Загальні поняття про грижі:**
 - А) Локалізація гриж черевної стінки:
 - а) пахвинні та стегнові ділянки зліва та справа – **пахові та стегнові грижі**;
 - б) область пупка та ділянка між мечоподібним відростком груднини і лобком – **пупкова грижа та грижі білої лінії живота**;
 - в) випинання в ділянці післяопераційних рубців на передній черевній стінці – **вентральні (післяопераційні) грижі**.
 - Б) Топографічна анатомія грижі:
 - а) **грижові ворота** – дефект у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки, через який виходить грижа;
 - б) **грижовий мішок** – поодинокі або множинні випинання парієтального листка очеревини через дефект у м'язово-апоневротичному шарі черевної стінки;
 - в) **грижові оболонки** – тканини, що оточують грижовий мішок (передочеревинна клітковина, поперечна фасція, при паховій грижі у чоловіків – елементи сім'яного канатика);
 - г) **вміст грижі** – включає органи черевної порожнини, які знаходяться у грижовому мішку (петлі тонкої кишки, великий чепець, товста кишка, червоподібний відросток і жирові підвіски товстої кишки, маткові труби і яєчники, сечовий міхур).
3. **Причини розвитку гриж:** тривала невідповідність між величиною внутрішньочеревного тиску і опором йому окремих ділянок черевної стінки.
 - А) **Фактори, що сприяють виникненню грижі:**
 - а) **слабкі місця передньої черевної стінки:**
 - ділянка пахвинного каналу;
 - ділянка овальної ямки на стегні;
 - пупок, надпупковий та підпупковий відділи апоневрозу білої лінії живота;
 - ділянки післяопераційних рубців на черевній стінці.
 - Б) **Фактори, що призводять до розвитку гриж:**

- а) *фактори, що сприяють підвищенню внутрішньочеревного тиску:*
 - запори, утруднене сечовипускання;
 - тривалий кашель;
 - важкі пологи;
 - важка фізична праця;
 - асцит;
 - б) *фактори, що сприяють зниженню опору черевної стінки:*
 - травми черевної стінки;
 - оперативні втручання на органах черевної порожнини;
 - зниження маси тіла;
 - ожиріння.
4. **Клінічний перебіг гриж передньої черевної стінки:**
- А) Неускладнений перебіг.
 - Б) Ускладнений перебіг:
 - а) гострі ускладнення;
 - б) хронічні ускладнення.
 - В) Рецидивний перебіг.
5. **Клінічні ознаки неускладнених гриж, гриж з хронічними ускладненнями та рецидивним перебігом:**
- А) **Скарги хворого із грижею, яка не має гострих ускладнень:**
 - а) **випинання у грижонебезпечному місці:** випинання при неускладненій грижі збільшується у положенні стоячи, зникає або зменшується в положенні лежачи, а при невправимій грижі випинання не вправляється у черевну порожнину, але ознак гострого процесу не існує;
 - б) **біль:** неінтенсивний, без чіткої локалізації, інтенсивність болю зворотно пропорційна величині грижі.
 - Б) **Анамнез захворювання.** Поява грижового випинання пов'язана із:
 - а) фізичним навантаженням та захворюваннями, що супроводжуються підвищенням внутрішньочеревного тиску;
 - б) перенесеними оперативними втручаннями на черевній порожнині.
 - В) **Об'єктивні ознаки захворювання:**
 - а) **огляд черевної стінки** – можлива асиметрія черевної стінки внаслідок випинання гриж у характерних для їх локалізацій ділянках або виникнення асиметрії при натужуванні живота чи кашлі;
 - б) **пальпація ділянки грижового випинання:** виявляється вправимість або невправимість грижового випинання, наявність у ділянці випинання дефекту у м'язово-апоневротичних шарах черевної стінки (грижові ворота), при вправимій грижі – позитивний симптом «кашльового поштовху».
6. **Лікувальна тактика при неускладненій грижі, рецидивній грижі та наявності хронічних ускладнень:** планова операція за відносними показаннями:
- А) При виявленні у пацієнта грижі він вноситься до списку хворих з грижами і йому пропонується операція.
 - Б) Операція виконується при відсутності абсолютних протипоказань (декомпенсація діяльності серцево-судинної та дихальної систем, наявність гострих захворювань, що загрожують життю, та невиліковних тяжких хвороб), а також станів, які потребують підготовки хворого до операції.
 - В) При проведенні операції хворий виключається із списку.
7. **Гострі ускладнення гриж передньої черевної стінки.**
- А) **Синдром гострого ускладнення гриж** є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі стискання м'язово-апоневротичним шаром черевної стінки вмісту грижового мішка, що потребує невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасна операція може призвести до розвитку некрозу защемлених тканин та виникнення запалення грижових оболонок.
 - Б) **Види гострих ускладнень гриж живота:**
 - а) защемлення грижі;
 - б) запалення грижового мішка та грижових оболонок.

Загальні питання діагностики та лікування гострих ускладнень грижі

1. Защемлення грижі – стискання гризового мішка у дефекті м'язово-апоневротичних тканин черевної стінки, який утворює гризові ворота:

- **еластичне защемлення** – стискання вмісту гризового мішка при раптовому підвищенні внутрішньочеревного тиску при фізичному напруженні, натужуванні, кашлі, з розвитком кровопостачання у защемленому органі;
- **калове защемлення** – відвідна петля кишки, яка знаходиться у гризовому мішку, стискається переповненою кишковим вмістом привідною кишкою з розвитком обтураційної непрохідності та виникненням еластичного защемлення кишки у гризових воротах.

Особливі форми защемлення:

- **ріхтерівське защемлення кишки** – пристінкове защемлення протибрижової ділянки кишки;
- **ретроградне защемлення кишки** – защемлення брижі петлі тонкої кишки, яка розташована в черевній порожнині і знаходиться поміж двома петлями кишки, які знаходяться у гризовому мішку.

А) Морфологічні зміни в защемленій грижі залежать від ступеня стискання гризового вмісту, часу, який минув від моменту стискання і будови стиснутого органу:

- а) **зміни на рівні кільця (гризових воріт), що защемлює** – утворюється странгуляційна борозна, при защемленні кишки стінка її витончується, виникає порушення кровообігу та некроз стінки кишки, який починається із її слизової оболонки;
- б) **зміни в органі, який знаходиться у гризовому мішку** – виникає венозний застій, при защемленні кишки виникає набряк її стінки, зростання стискання судин, некроз кишки з можливим розвитком флегмони гризового мішку або перитоніту.

2. Запалення грижі розвивається в результаті інфікування гризового мішка зсередини або ззовні.

А) Причини розвитку запалення:

- некроз у гризовому мішку защемленої кишки;
- гострі запальні процеси в органах, які розташовані у гризовому мішку (гострий апендицит, дивертикуліт та ін.);
- проникнення ексудату у гризовий мішок із черевної порожнини при запальному процесі в органах черевної порожнини;
- розповсюдження інфекції в гризовий мішок із шкіряних покривів (фурункул, садна).

Б) Клінічні прояви запалення грижі:

- біль у ділянці гризового випинання, який виникає спонтанно і поступово зростає;
- грижове випинання збільшується в обсязі, тканини набрякають, на дотик шкіряний покрив гарячий і болісний при пальпації;
- при запаленні та гіперемії тканин може визначитися флюктуація;
- гризові ворота не визначаються;
- позитивні інтоксикаційні симптоми: загальна слабкість, підвищена температура тіла до 38-39 °С, озноб, диспептичні розлади;
- в аналізах крові – лейкоцитоз зі зрушенням лейкоцитарної формули вліво;
- при локалізації запального процесу в межах гризового мішка може розвиватися перитоніт.

В) Лікування запалення грижі:

- **при защемленій грижі, яка стала причиною запалення гризового мішка:**
 - операція починається із висічення запально змінених тканин шкіри та підшкірної клітковини;
 - широко висікаються некротизовані тканини, які є гризовим мішком;
 - при наявності в гризовому мішку петлі кишки, яка некротизована, виконують її резекцію, з урахуванням можливого поширення некрозу і приймають подальше рішення про формування анастомозу або формування стоми;
 - пластика гризових воріт не виконується.

- **при зовнішніх чинниках розвитку запалення грижового мішка:**
 - при серозному запаленні – консервативна терапія;
 - при гнійному запаленні – широкий розтин і дренування грижових оболонок і грижового мішка.

Г) Вторинні ускладнення грижі:

- розповсюджений перитоніт;
- гостра странгуляційна непрохідність кишки;
- спайкова непрохідність кишківника.

3. Формування попереднього діагнозу на підставі клінічних даних.

Попередній діагноз формується на підставі скарг хворого, анамнезу захворювання та його об'єктивізації проведеними фізикальними методами дослідження.

4. Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при гострих ускладненнях гриж передньої черевної стінки (схема 1.7).

5. Дії лікаря при підозрі на наявність у пацієнта ознак ускладненого перебігу грижі передньої черевної стінки:

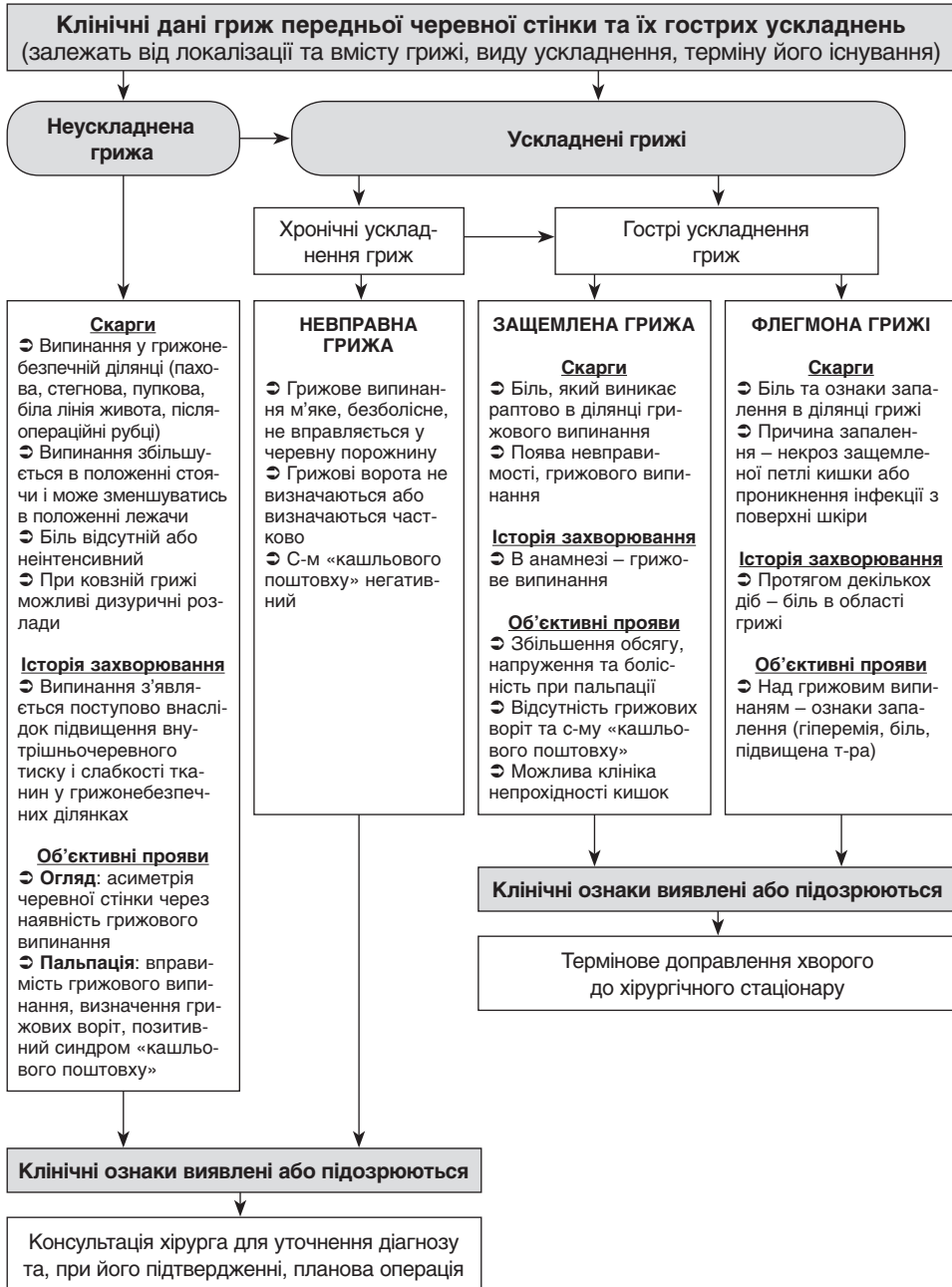
N.B.! Ні в якому разі не намагатись вправити защемлену грижу (може відбутися несправжнє вправлення – защемлена петля кишки з цілим грижовим мішком або тільки з грижовими воротами виводяться з черевної стінки і потрапляють у черевну порожнину. При цьому грижове кільце продовжує стискувати, защемляти петлю кишки).

Основна частина: Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Синдром гострого ускладнення гриж передньої черевної стінки» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги.

Гострі ускладнення гриж передньої черевної стінки

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Синдром гострих ускладнень, як правило, розвивається на фоні існуючих гриж передньої черевної стінки і його попередження або профілактичні заходи включають планове хірургічне втручання при виявленні грижі	Обов'язкові вимоги, методи: 1. Грижа передньої черевної стінки. Причина її виникнення, частіше за все, – тяжка фізична праця, стани, які призводять до підвищення внутрішньочеревного тиску (кашель, закрепи, утруднене сечовипускання, важкі пологи, перенесені операції з наявністю дефектів у апоневрозі). 2. Виникнення гострих ускладнень пов'язане із утисканням вмісту грижі м'язово-апоневротичним шаром черевної стінки в ділянці її дефекту (грижові ворота). Планове хірургічне лікування має свої переваги перед ургентною операцією. Робота лікаря загальної практики зі своєчасного виявлення грижі та планове оздоровлення за рекомендацією хірурга. Бажані вимоги, методи Хворий при підозрі на наявність грижі або виявленні у нього грижі має бути одразу ж направлений до хірурга. При підтвердженні діагнозу пацієнт має бути занесений до списку і йому, при відсутності протипоказань, пропонується хірургічне втручання. Хворі з грижами не підлягають диспансерному нагляду!

Схема 1.7



Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Діагностика	При наявності гострих ускладнень гриж передньої черевної стінки	Обов'язкові методи діагностики Аналіз клінічних ознак (скарги на біль в ділянці випинання на черевній стінці, можлива нудота, блювання, утруднення з відходженням газів, випорожнень, при пахових грижах – дизуричні прояви), історії захворювання (наявність грижі та перебіг захворювання), даних фізикальних методів дослідження (асиметрія передньої черевної стінки в грижонебезпечних ділянках, болючість та неврівноваженість наявного випинання, ознаки запального процесу в області грижі). Бажані методи діагностики При можливості – виконання загального аналізу крові та клінічного аналізу сечі
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Супроводження прооперованого хворого після стаціонарного лікування протягом 30 днів при неускладненому перебігу лікування гострих ускладнень гриж передньої черевної стінки	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування В амбулаторних умовах – за характером формування післяопераційного рубця, при наявності ускладнень з боку рани – перев'язки.

1.6. ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ СИНДРОМ

Перитонеальний синдром – це тяжке ускладнення запально-деструктивних захворювань органів черевної порожнини, яке супроводжується важкими місцевими та загальними клінічними проявами, що призводять, при несвоєчасному та неповноцінному лікуванні, до поліорганної недостатності.

Коротка епідеміологічна інформація

Летальність від перитоніту складає 20-30%, а при найбільш тяжких формах досягає 45-50%.

За статистикою перитоніт діагностується у 15-20% хворих з діагнозом «Гострий живіт», а в 12-43% є причиною виконання екстреного хірургічного втручання. Висока летальність при хірургічній патології залежить від причини виникнення перитоніту, стадії процесу, розповсюдження запалення у черевній порожнині, віку хворого та наявності й тяжкості супутньої патології.

Етіологічним ланцюгом при перитоніті є бактеріальна інфекція, яка в більшості випадків представлена мікрофлорою шлунково-кишкового тракту, серед якої є грамнегативні та грампозитивні аероби та анаероби. У 60-80% випадків перитоніт викликається асоціацією мікробів, частіше за все, кишковою паличкою та стафілококом.

За своїм походженням перитоніт може бути первинним, вторинним та третинним. Для первинного перитоніту характерне проникнення мікробної флори в черевну порожнину лімфогенним, гематогенним шляхом або фаллопійовими трубами. Первинні перитоніти зустрічаються у 1-1,5% випадків.

У клінічних умовах частіше зустрічаються вторинні перитоніти, які розвиваються внаслідок запально-деструктивних процесів у черевній порожнині. Найчастіше це захворювання, які входять до гострого запального абдомінального синдрому, синдрому перфорації порожнистих органів, непрохідності кишків, защемленої грижі з некрозом кишки.

Третинний перитоніт – це запальний процес в черевній порожнині, який виникає внаслідок неспроможності швів анастомозів, інтраопераційного інфікування черевної порожнини та ін.

Протокол екстреної, первинної та невідкладної медичної допомоги при синдромі перитоніту

Перитонеальний синдром (гострий перитоніт, «гострий живіт») є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі запалення очеревини внаслідок різних етіологічних фак-

торів і проявляється системними змінами в гомеостазі внаслідок хімічного та мікробного впливу на очеревину, що потребує невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасно надана медична допомога та операція призводять до розвитку прогресуючої поліорганної недостатності.

Загальні питання розвитку і клінічних проявів перитоніту

- 1. Визначення.** Перитонеальний синдром – це загальне системне захворювання, яке виникає внаслідок хімічного, травматичного або мікробного впливу на очеревину, проявляється тяжким порушенням гомеостазу з розвитком поліорганної недостатності.
- 2. Актуальність проблеми:**
 - А)** Поліетіологічність виникнення перитонеального синдрому визначає складність діагностики основного захворювання.
 - Б)** Стан хворого визначається тяжкими патологічними змінами, які швидко розвиваються в організмі.
 - В)** Висока летальність (у реактивній стадії – 4-10%, в токсичній – до 40% й у термінальній – 98-100%).
- 3. Причинні фактори гострого перитоніту:**
 - А)** Гострі запальні процеси в органах черевної порожнини, малого тазу та позаочеревинного простору.
 - Б)** Перфорації порожнистих органів черевної порожнини.
 - В)** Закриті та відкриті (проникаючі) ушкодження органів черевної порожнини та малого тазу.
 - Г)** Післяопераційні перитоніти.
 - Д)** Первинні гематогенні та криптогенні перитоніти (зустрічаються дуже рідко).
- 4. Патогенетичні зрушення при перитоніті:**
 - А)** Постійне зростання больового синдрому за рахунок розвитку деструктивного запального або некротичного процесу в органах черевної порожнини та залучення до нього очеревини.
 - Б)** Порушення волемічного та гомеостатичного стану організму при перитоніті.
 - В)** Порушення стану серцево-судинної і мікроциркуляторної систем організму.
 - Г)** Інтоксикація.
 - Д)** Порушення нервово-ендокринної регуляції та обміну речовин.
 - Е)** Розвиток ПОН до рівня глибокого (термінального) пригнічення життєво важливих систем.
- 5. Класифікаційні ознаки гострого перитоніту:** включають етіологічні фактори, розповсюдженість перитонеального процесу, характер ексудату та часові дані:
 - А)** Клінічний перебіг перитоніту має три стадії:
 - а) реактивна стадія** (до 24 год з часу захворювання):
 - максимально виражені клінічні прояви основного захворювання і місцеві прояви перитоніту;
 - в цій стадії можливо і необхідно встановити етіопатогенетичний діагноз і виконати невідкладну операцію;
 - б) токсична стадія** (від 24 до 72 год від початку захворювання):
 - характеризується зменшенням місцевих перитонеальних проявів і зростанням загальних змін за рахунок мікробної аутокаталітичної та метаболічної інтоксикації;
 - розвивається динамічна непрохідність кишок, поліорганна дисфункція та недостатність;
 - в) термінальна стадія** (після 72 год після початку захворювання):
 - характеризується глибокими порушеннями обміну речовин і пригніченням життєво важливих функцій організму за рахунок прогресуючої інтоксикації й паралітичної непрохідності кишок.
- 6. Клінічні прояви гострого перитоніту.**
 - А) Скарги:**
 - інтенсивний постійний біль у животі, біль виражений біля вогнища запалення;
 - посилення болю при зміні положення тіла, кашлі, рухах;
 - при локалізації болю у верхній половині черевної порожнини – градація болю в надпліччя, а при локалізації вогнища запалення в малому тазу спостерігаються хибні позиви на дефекацію, дизуричні розлади, іррадіація болю в промежину;
 - нудота, блювання, що не приносить полегшення.
 - Б) Історія захворювання:** зв'язок із запальним захворюванням або перфорацією органів у черевній порожнині, перенесеною травмою, операцією.
 - В) Об'єктивні прояви:**
 - загальний стан – від середньої важкості до важкого;

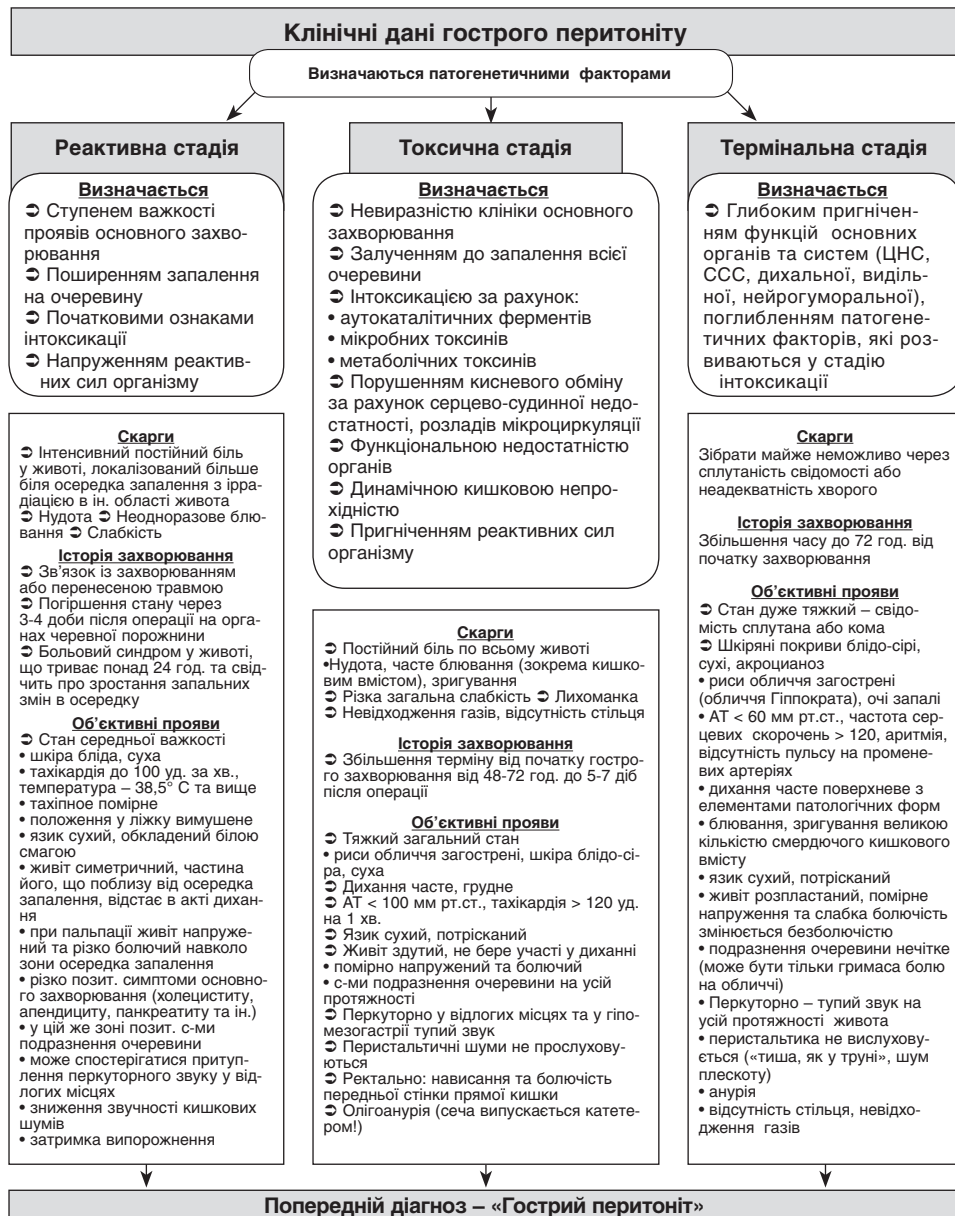
- шкіра бліда; язик сухий;
- температура тіла – більше 38 °С, тахікардія, дихання прискорене, тип дихання – грудний;
- положення в ліжку – вимушене (на спині або на хворому боці, з приведеними до живота нижніми кінцівками);
- живіт симетричний, передня черевна стінка в зоні запалення відстає в акті дихання;
- при пальпації в початковій стадії напруження черевної стінки в зоні запалення, а в більш пізній стадії напруження черевної стінки відсутнє;
- різко позитивні патогномічні симптоми основного захворювання, які із зростанням явищ перитоніту нівелюються;
- локально позитивні симптоми подразнення очеревини, перкуторно можливе визначення тупості у відлогих місцях черевної порожнини;
- аускультативно – зниження звучності перистальтичних шумів.

Основна частина: Алгоритм надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Перитонеальний синдром» на рівні первинної та екстреної медичної допомоги.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Профілактика	Перитонеальний синдром є поліетіологічним станом, який, як правило, розвивається на фоні існуючих запальних захворювань органів черевної порожнини, травм і, як наслідок, ускладнень перенесених оперативних втручань на органах черевної порожнини	Обов'язкові вимоги, методи Попередження гострого перитоніту складається із цілого ряду заходів, основними із яких є попередження ускладнень захворювань, які мають хронічний перебіг та своєчасного виявлення і проведення адекватного лікування патологічних процесів, які призводять до запалення черевної порожнини
Діагностика	За наявності клінічних проявів перитоніту хворий потребує термінової госпіталізації до відділення інтенсивної терапії для корекції гомеостазу та підготовки хворого до оперативного втручання	Обов'язкові методи діагностики Аналіз клінічних ознак (скарги на біль у животі, нудота, блювання, утруднення відходження газів та випорожнень, клінічних проявів перитоніту), історії захворювання, даних фізикальних методів дослідження (ознаки перитоніту, наявність порушення вітальних функцій). Бажані методи діагностики При можливості – виконання загального аналізу крові та клінічного аналізу сечі
Амбулаторне лікування (включаючи процес реабілітації та профілактики)	Попередження розвитку гострого перитоніту повинно включати своєчасне надання хірургічної допомоги хворим з гострим запальним абдомінальним синдромом (гострий апендицит, холецистит), попередження виникнення гострого важкого панкреатиту, попередження розвитку та своєчасне надання медичної допомоги хворим з перфорацією порожнистого органу черевної порожнини. Пацієнти, оперовані з приводу гострого перитоніту, підлягають після виписки спостереженню хірурга поліклініки	Обов'язкові вимоги до амбулаторного лікування: 1. В амбулаторних умовах повинно здійснюватись за характером формування післяопераційного рубця, при наявності ускладнень з боку рани – перев'язки. 2. Спостереження за прооперованим хворим залежить від характеру захворювання та виду перенесеного хірургічного втручання, ускладнень.

7. Алгоритм клініко-діагностичного встановлення попереднього діагнозу при перитоніті (схема 1.8).

Схема 1.8



МЕДИЧНІ ДОВІДНИКИ

Бібліотека «Здоров'я України»

Відтепер Ви можете читати наші довідники
на сайті **www.dovidnyk.org**

Бібліотека
«Здоров'я України»
«Медицина і життя»

www.dovidnyk.org
Професійно лікарю-практику

Медицинские справочники

Гастроэнтеролог

Эндокринолог

Педиатр

Гинеколог

Семейный врач

Гинеколог

Детский эндокринолог

Гастроэнтеролог

Гастроэнтеролог

Семейный врач

Педиатр

Гинеколог

Гастроэнтеролог

Гинеколог

Гастроэнтеролог

Эндокринолог

Гастроэнтеролог

Семейный врач

Педиатр

Гинеколог

Гастроэнтеролог

Гинеколог

Гастроэнтеролог

Гастроэнтеролог

Полезное

Клинический опыт

Референтные нормы анализов

Лекарственные средства

Анкета читателя

Информация

О нас

Получить справочник

Рекомендовать справочник

Новые проекты

Контакты

Поиск

Наша миссия

Новые проекты
Консультация профессионалов – это справочник, созданный на основе опроса практикующих врачей, который не только даст возможность практикующему врачу получить совет от ведущего специалиста в данной области, но и, в свою очередь, обеспечит обратную связь между практикующим врачом и профильным институтом.
Красный справочник – это удобный справочник, маленького формата, содержит краткую, четкую, структурированную в виде таблиц и схем, информацию.
[Подробнее >](#)

Подписка на новости

[Подписаться](#)

Новые справочники

Гинеколог.
Амбулаторно-поликлиническая
помощь в гинекологии

Читайте справочник >

Возникновению воспалительного процесса способствуют осложненные аборты, роды, диагностическое выскабливание стенок матки, истероальпинграфия и другие внутриматочные вмешательства. Микробный фактор играет основную роль в его развитии. При этом важнейшим пусковым механизмом воспалительного процесса является повреждение тканей. Независимо от вида повреждающих агентов (инфекция, ионизирующая радиация, механическая травма, отравление ядами или токсинами).

Готовятся к выходу

Детский эндокринолог.
Рациональная диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков.

Справочник включает научно обоснованные, доказательные, достоверные данные, стандарты и протоколы диагностики и лечения заболеваний, актуальный опыт клинической практики, лекарственные средства, нормативные документы, справочные материалы и т.д.

Карта сайта

Справочники

Гастроэнтеролог

Эндокринолог

Педиатр

Гинеколог

Семейный врач

Гинеколог

Детский эндокринолог

Гастроэнтеролог

Гастроэнтеролог

Эндокринолог

Педиатр

Гинеколог

Семейный врач

Гинеколог

Детский эндокринолог

Гастроэнтеролог

Гастроэнтеролог

Эндокринолог

Педиатр

Гинеколог

Семейный врач

Гинеколог

Детский эндокринолог

Гастроэнтеролог

Полезное

Клинический опыт

Референтные нормы анализов

Лекарственные средства

Анкета читателя

Информация

О нас

Получить справочник

Рекомендовать справочник

Новые проекты

Контакты

СПРАВОЧНИК
ЛІКАРІВ

© 2009-2019 ООО «Доктор-Медика»

Hirurg-2018.indd 46

06.11.2018 11:15:29

Розділ 2.

**СТАНДАРТИ ОРГАНІЗАЦІЇ
ТА ПРОФЕСІЙНО ОРІЄНТОВАНІ АЛГОРИТМИ
НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ГОСТРИХ
ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ НА РІВНІ
ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

2.1. Основні положення алгоритмів надання медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини на рівні приймального відділення

Наведені матеріали та алгоритми призначені для: лікарів-хірургів приймального відділення та відділень хірургії, які надають медичну допомогу цій категорії хворих, лікарів-анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини.

Мета створення алгоритмів: визначити комплекс заходів з організації, клінічного, лабораторного та інструментального обстеження пацієнтів старше 18 років з наявністю або підозрою у нього ознак гострого запального абдомінального синдрому та встановити або виключити конкретні хірургічні патології, що входять до групи невідкладних хірургічних захворювань.

Основне завдання алгоритмів:

- завданням лікаря приймального відділення є встановлення попереднього діагнозу, формування діагностичної програми для його уточнення (термін перебування хворого у приймальному відділенні – до 20 хв);
- у приймальному відділенні лікар визначає клінічні прояви захворювання, до яких належать скарги хворого, історію розвитку захворювання та досліджує фізикальні дані, які включають огляд пацієнта, перкусію, пальпацію і аускультацию;
- при підтвердженні клінічних ознак гострої хірургічної патології органів черевної порожнини лікар оцінює патогномонічні симптоми, які належать до цих захворювань, за необхідністю залучає для консультації фахівців суміжних спеціальностей (гінеколога, уролога, терапевта, інфекціоніста тощо), призначає необхідні лабораторні та інструментальні дослідження та формулює попередній діагноз, з яким пацієнт госпіталізується.

Необхідні (обов'язкові) дії лікаря щодо виконання протоколу

1. При запальних захворюваннях органів черевної порожнини (гострий апендицит, холецистит, панкреатит), защемлений грижі в приймальному відділенні виконують: клінічні аналізи крові та сечі, глюкозу крові, виконують ЕКГ, при підозрі на гострий панкреатит досліджують діастазу сечі, амілазу, ліпазу в сироватці крові, бажано скринінгове дослідження трипсинугену 2 у сечі.
2. За наявності технічної можливості при гострому апендициті, холециститі, панкреатиті бажано виконання УЗД на рівні приймально-діагностичного відділення або протягом 10-12 год. з часу госпіталізації.
3. При підозрі, в ході клінічного дослідження, на непрохідність кишок призначають оглядову рентгенографію черевної порожнини та грудної клітки, при необхідності призначають рентгенконтрастне дослідження пасажу барієвої суміші.
4. При шлунково-кишковій кровотечі досліджують клінічні аналізи крові з визначенням гемокриту, дефіциту ОЦК, загальний аналіз сечі, глюкозу крові, виконують ЕКГ, визначають сатурацію крові, виконують пальцеве дослідження прямої кишки, планують ендоскопічне дослідження.
5. У результаті проведеного лікарем клінічного, лабораторного та інструментальних методів досліджень приймається обґрунтоване рішення про характер захворювання та визначається лікувальна тактика – при підтвердженні гострого захворювання органів черевної порожнини лікар приймає рішення про термінову госпіталізацію та профіль ліжок, залежно від важкості стану хворого, на які госпіталізується пацієнт.
6. При відсутності показань до лікування в стаціонарі лікар, який оглядає хворого в приймальному відділенні, робить обґрунтований запис у журналі відмови від госпіталізації.

Особливості дій лікаря приймального відділення залежно від сформованого попереднього діагнозу

1. При наявності ознак гострого запального абдомінального синдрому лікар приймального відділення визначає діагноз, з яким хворий госпіталізується до лікарні, оцінює стан тяжкості хворого за ознаками вираженості клінічних проявів, рівня дегідратації та інтоксикації:
 - при гострому апендициті без проявів перитоніту хворий одразу підлягає хірургічному втручання і може бути поданий до операційної, а при наявності гіпотонії, зниження діурезу –

госпіталізації до відділення хірургії або інтенсивної терапії для проведення інфузійної терапії, термін якої не повинен перевершувати 2 години;

- при невпевненості в діагнозі «Гострий апендицит» хворий госпіталізується до хірургічного відділення для динамічного спостереження та лікування, де протягом 6 год. вирішується питання подальшої лікувальної тактики (підтвердження гострого апендициту або його виключення);
- при гострому холециститі термінова операція проводиться при явищах перитоніту, при його відсутності – госпіталізація до хірургічного відділення або, при наявності важкого стану і супутніх захворюваннях, до відділення інтенсивної терапії для проведення медикаментозного лікування;
- при гострому панкреатиті хворих із вираженими клінічними проявами (виражений больовий синдром, блювання) та характерними змінами у лабораторних показниках (амілаза перевершує норму в 3 рази) – госпіталізація хворих до відділення інтенсивної терапії, а хворих з менш вираженими клінічними проявами та активністю амілази – до хірургічного відділення.

2. При перфорації порожнистого органу – госпіталізація до відділення інтенсивної терапії для проведення інтенсивної терапії та динамічного спостереження, а при стабільному стані хворого і перфорації, яка виникла в термін часу не більше 6 год. можлива подача хворого до операційної.

3. При защемленій грижі при стабільному стані хворого – термінове оперативне втручання, а при наявності інтоксикації, тривалому періоду защемлення – короточасна підготовка у відділенні інтенсивної терапії.

4. При гострій кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту:

- А)** Підставою для встановлення наявності шлунково-кишкової кровотечі та можливої локалізації її джерела є:
 - а)** скарги хворого, анамнестичні (в тому числі й свідчення осіб, що супроводжують хворого) та об'єктивні дані;
 - б)** при відсутності блювання та випорожнення з достовірними домішками свіжої або зміненої крові (у т.ч. і за відомостями, одержаними від медичних працівників бригади швидкої допомоги), обов'язково проводять **пальцеве ректальне дослідження** з визначенням вмісту прямої кишки та його кольору (відсутність слідів крові або мелені не є достовірною ознакою відсутності кровотечі в тих випадках, коли пасаж вмісту з кров'ю ще не досяг ампули прямої кишки або відбулося випорожнення);
 - в)** якщо хворого доставлено з нестабільною гемодинамікою, в стані геморагічного шоку, інфузійну і медикаментозну терапію крововтрати необхідно продовжувати, якщо вона проводилась у машині невідкладної допомоги або починати в приймальному відділенні лікарні та продовжувати в подальшому у відділенні інтенсивної терапії або в операційній;
 - г)** час з початку інфузійної та медикаментозної корегуючої терапії принципово впливає на результат лікування хворого, тому що ранній початок лікувальних заходів попереджує розвиток незворотних змін.
- Б)** Питання про місце надання медичної допомоги, її обсяг та послідовність вирішує мультидисциплінарна команда фахівців: **хірург** та **анестезіолог**, які сумісно визначають відділення, куди слід госпіталізувати хворого; **хірург** визначає тактику лікування, **анестезіолог** – ступінь тяжкості стану хворого, величину крововтрати, послідовність корегуючої терапії та здійснює її; залучений до надання медичної допомоги **ендоскопіст** виконує ендоскопічну діагностику, гемостаз та ендоскопічний моніторинг.
- В)** При госпіталізації хворих з кровотечею у просвіт ШКТ до лікувального закладу загальнохірургічного профілю, який не є спеціалізованим центром для надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим із шлунково-кишковою кровотечею, за необхідністю, для надання медичної допомоги такому хворому повинні залучатися фахівці обласних центрів медицини катастроф.

5. При гострому перитоніті:

- А)** Завданням лікаря приймального відділення є встановлення попереднього діагнозу, формування діагностичної програми для його уточнення (термін перебування хворого у приймальному відділенні – до 20 хв.).

Н.В.! Патогномонічними для перитоніту є синдроми подразнення очеревини, виразна інтоксикація та наявність гіповолемічних порушень.

Б) Необхідні (обов'язкові) дії лікаря щодо виконання протоколу:

- у приймальному відділенні лікар визначає клінічні прояви захворювання, до яких належать скарги хворого, історія розвитку захворювання та досліджує фізикальні дані, які включають огляд пацієнта, перкусію, пальпацію і аускультацию, призначає та аналізує лабораторні й інструментальні методи дослідження;
- результатом проведеного лікарем клінічного, лабораторного та інструментальних (при можливості – виконання оглядової рентгенограми черевної та грудної порожнин), інших лабораторних та інструментальних методів дослідження, приймається обґрунтоване рішення про характер захворювання та визначається лікувальна тактика – при підтвердженні перитоніту лікар приймає рішення про термінову госпіталізацію хворого.

В) При підтвердженні клінічно-інструментальних ознак перитоніту оцінює загальний стан хворого і приймає рішення про профіль ліжок, на які госпіталізується хворий (хворі з перитонітом госпіталізуються у ВІТ).

Уніфікований алгоритм з надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини в умовах приймального відділення стаціонару

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Госпіталізація (організаційні, діагностичні та лікувальні дії на рівні приймального відділення)	Ефективна клінічна практика базується на своєчасному виявленні клінічних ознак захворювань, які входять до гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини потребують госпіталізації хворого у лікарняний заклад, який має можливість надавати цілодобову медичну допомогу цій категорії хворих, тому що клінічні прояви цих захворювань характеризується прогресуючим перебігом, з можливістю розвитку важких ускладнень	Обов'язкові: 1. Показаннями до госпіталізації є встановлений діагноз гострого апендициту, холециститу, панкреатиту, перфорація порожнистого органу черевної порожнини, кровотеча в просвіт ШКТ, гостра непрохідність кишок, гостре ускладнення гриж, перитоніт або неможливість виключення цих захворювань. 2. Госпіталізація повинна здійснюватись до хірургічного відділення лікарні інтенсивного лікування, яка має можливість цілодобово надавати хірургічну та анестезіологічну допомогу, а при наявності порушень вітальних функцій організму хворого – до відділення інтенсивної терапії. 3. При госпіталізації оформлюється карта стаціонарного хворого і робиться первинний запис лікаря, хворий повинен дати згоду на внесення його даних до інформаційної системи та на проведення діагностичних і лікувальних процедур, хворий заповнює дані про наявність у нього алергологічних захворювань, перенесених або існуючих інфекційних захворювань. 4. Виконуються лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі, глюкоза крові, при підозрі на гострий панкреатит досліджують діастазу сечі, бажано проведення скринінг-дослідження трипсинугену 2 або ліпази), за показаннями – УЗД органів черевної порожнини, оглядова рентгеноскопія або рентгенографія грудної та черевної порожнини. 5. Консультація суміжних спеціалістів (за показаннями).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		При кровотечі у просвіт ШКТ Обов'язкові: 1. Показаннями до госпіталізації є встановлений діагноз кровотечі у просвіт ШКТ або неможливість її виключення. 2. Госпіталізація повинна здійснюватись до хірургічного відділення лікарні інтенсивного лікування, яка має можливість цілодобово надавати хірургічну та анестезіологічну допомогу, а при наявності вітальних порушень – до відділення інтенсивної терапії. При наявності центру кровотеч – до лікувального закладу, де він розташований. 3. Розподіл хворих із гострою ШКК при надходженні до стаціонару (Див. п. 2.3). Бажані методи діагностики: 1. При надходженні хворого до лікарні виконують основні аналізи (клінічний аналіз крові з визначенням гематокриту та кількості тромбоцитів, рівень фібриногену, протромбінового часу та АЧТЧ). 2. При кровотечі із верхнього відділу ШКТ (стравохід, шлунок, ДПК) – виконання діагностичної та лікувальної ГДС

**Клінічні індикатори контролю якості медичної допомоги
при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини
в умовах приймального відділення лікарні**

1. Наявність у приймальному відділенні лікарні протоколів ведення пацієнта з тим чи іншим гострим хірургічним захворюванням органів черевної порожнини та алгоритму обстеження хворого, прийняття рішення про терміновість і обсяг надання медичної допомоги.
2. Дотримання в умовах приймального відділення лікарні терміну часу для прийняття рішення по хворому.

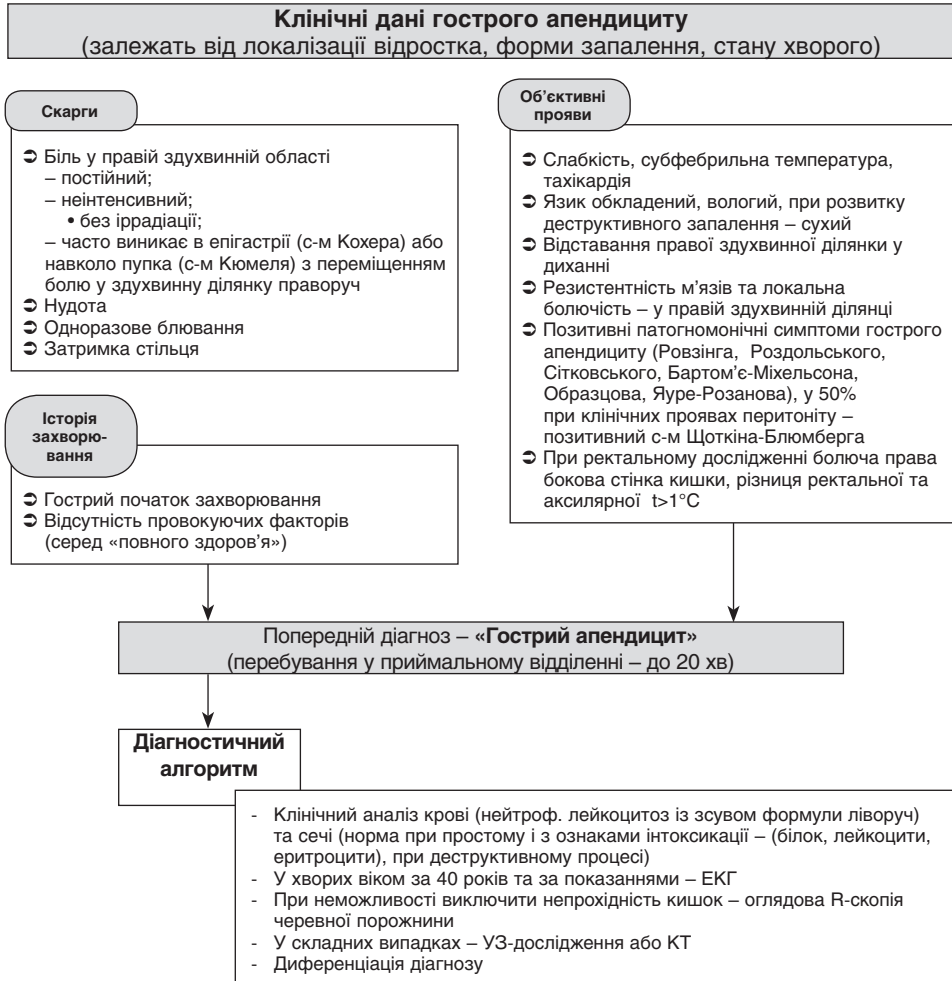
**2.2. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги
при гострому запальному абдомінальному синдромі
при надходженні та самозверненні до приймального відділення стаціонару**

Гострий запальний абдомінальний синдром є найбільш численною частиною гострої хірургічної патології, що зумовлює поняття «гострий живіт» (під поняттям «гострий живіт» маються на увазі різні захворювання та стани, які супроводжуються запаленням чи подразненням очеревини і потребують невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування).

Клінічна діагностика захворювань, які входять до гострого запального абдомінального синдрому та організаційні питання надання медичної допомоги

А) Гострий апендицит – це гостре запалення червоподібного відростка.
Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах гострого апендициту та, у складних випадках, даних УЗД (Схема 2.1).

Схема 2.1



Суттєвою допомогою у постановці діагнозу може стати розрахункова бальна шкала Альварado, основою якої є клінічні та лабораторні дані (**Таблиця 2.1**).

Таблиця 2.1
Шкала Альварадо

КЛІНІЧНІ ОЗАКИ		БАЛИ
Біль у правій здухвинній ділянці		+2
Підвищення температури > 37,3 °C		+1
Позитивний симптом Щоткіна		+1
КЛІНІЧНІ СИМПТОМИ		
Переміщення болю із епігастральної до правої здухвинної ділянки (симптом Кохера)		+1
Відсутність апетиту		+1
Нудота / одноразове блювання		+1
ЛАБОРАТОРНІ ДАНІ		
Лейкоцитоз > 10x10 ⁹ /л		+2
Зсув лейкоцитарної формули вліво (> 75%)		+1
Усього		10
ОЦІНКА ДАНИХ		
МЕНШЕ 5 БАЛІВ		Гострий апендицит малоімовірний
5-6 БАЛІВ		Гострий апендицит ймовірний і пацієнту показаний динамічний нагляд
7-8 БАЛІВ		Гострий апендицит неможливо виключити
9-10 БАЛІВ		Гострий апендицит є і пацієнту потрібне термінове хірургічне втручання

**Особливості перебігу хвороби та стану хворого,
які утруднюють діагностику гострого апендициту:**

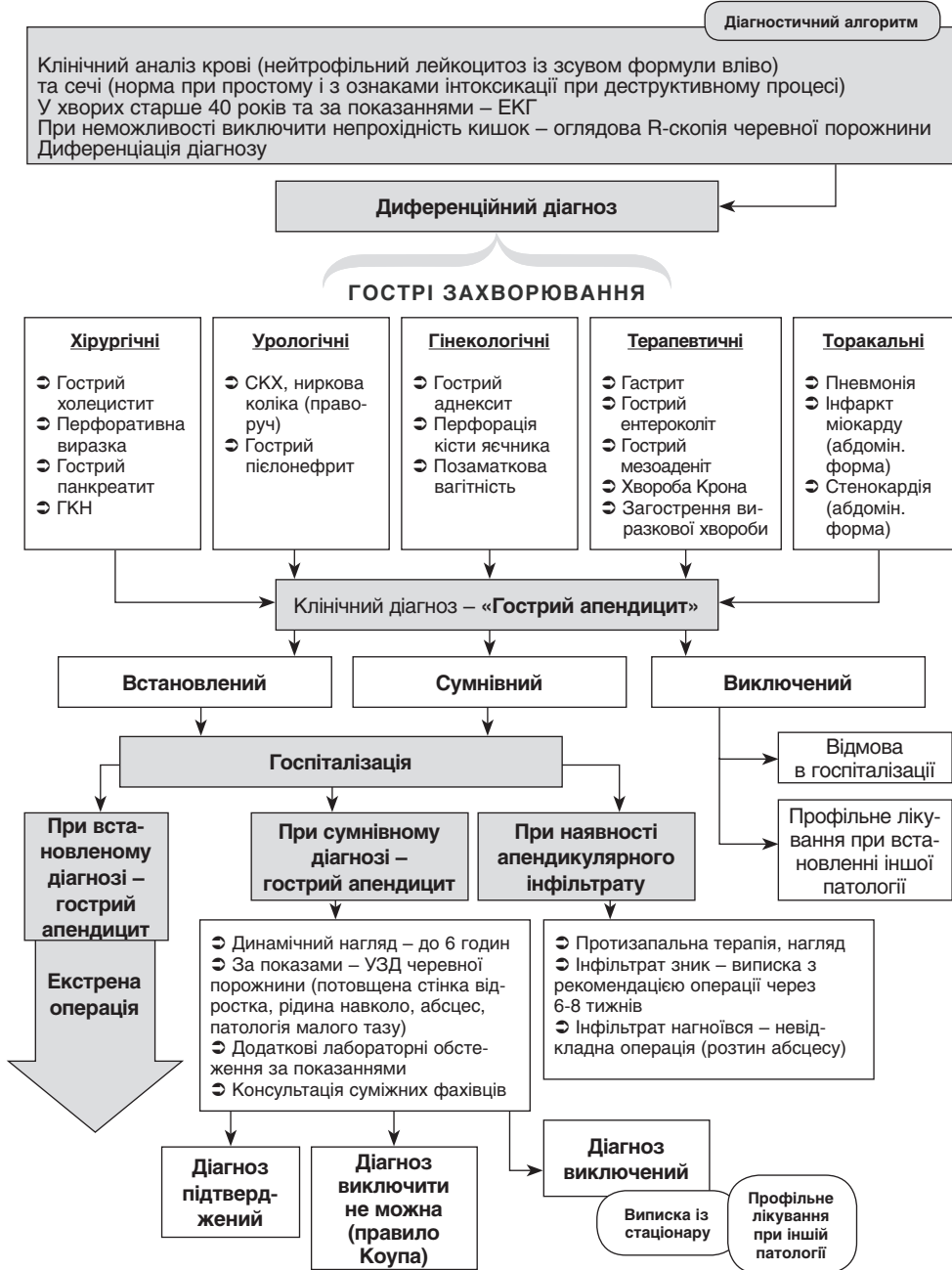
- При тазовому, ретроцекальному та позаочеревинному розташуванні червоподібного відростка;
- У хворих дитячого (переважають загальні симптоми над місцевими, гіперактивність, вік до 3-х років), похилого віку (знижена больова та тактильна чутливість, стертість клінічних симптомів, перевага деструктивних форм гострого апендициту) та у вагітних жінок (починаючи з 5-го місяця вагітності матка, що збільшується, зміщує сліпу кишку догори – до правого підребер'я);
- Огляд хворого у перші години захворювання, коли біль локалізується в епігастрії (епігастральна стадія – **симптом Кохера**) або навколо пупка (**симптом Кюмеля**), із наступним переміщенням болю у праву здухвинну ділянку;
- За наявності хронічної патології органів черевної порожнини, малого таза, грудної клітки, сечовидільної системи, системних захворювань.

У цих випадках слід перевірити наявність патогномонічних симптомів (**Ровзінга**, **Сітковського**, **Бартон'є-Міхельсона**), у тому числі провести ректальне пальцеве дослідження (симптом **Куленкампа**), визначити різницю ректальної та аксиллярної температури.

У сумнівних випадках показана госпіталізація до хірургічного відділення, динамічний нагляд за хворим протягом до 6 годин (огляд через кожні 2-3 години з дослідженням стану білої крові та фіксацією в щоденнику клінічних проявів захворювання і виконанням УЗД).

Отримані клінічні, лабораторні дані та дані інструментальних методів дослідження є базою для проведення диференційної діагностики гострого апендициту та прийняття рішення про подальшу лікувальну тактику (**схема 2.2**).

Схема 2.2 Граф логічної схеми клініко-діагностичного алгоритму та диференціації при гострому апендициті



Б) Гострий холецистит – це гостре неспецифічне запалення жовчного міхура.

Клінічні прояви гострого холециститу базуються на скаргах хворого, аналізі розвитку захворювання та фізикальному обстеженні пацієнта (**схема 2.3**).

Схема 2.3



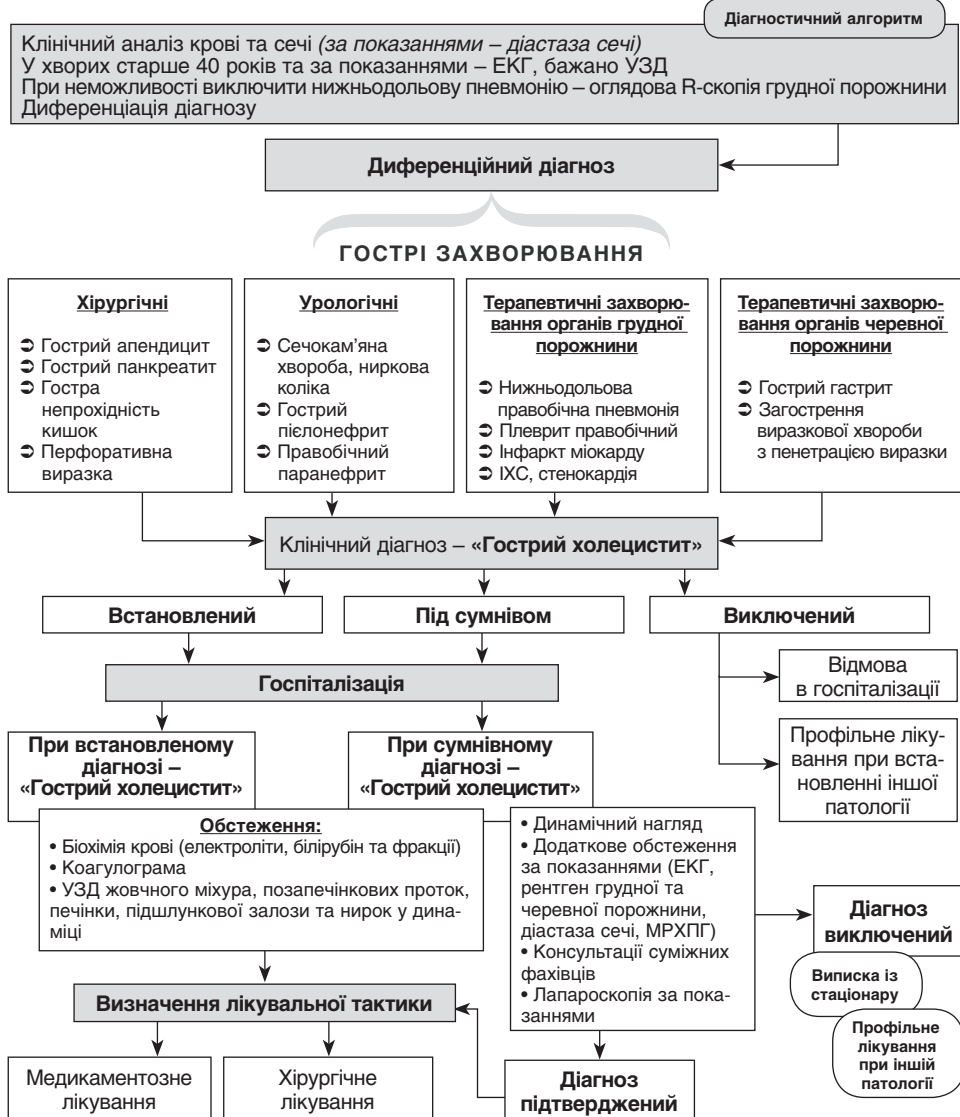
**Особливості перебігу гострого холециститу,
які утруднюють його діагностику та лікування:**

- Характер клінічних проявів гострого холециститу зумовлюється вірулентністю інфекції, ступенем запальних змін у жовчному міхурі, імунореактивністю організму та наявністю важкої супутньої патології;
- Відсутність класичних клінічних проявів (місцевого болю, напруження м'язів у правому підребер'ї, наявності болючого жовчного міхура при пальпації потребує дослідження та оцінки патогномонічних симптомів (**Кера, Мерфі, Георгієвського, Ортнера-Грекова, Менделя, Щоткіна-Блюмберга**), перкуторних і аускультативних даних та застосування сонографічного дослідження при надходженні до стаціонару або протягом 12 годин з часу надходження);
- Хворим із підозрою на гострий холецистит, навіть за наявності ускладнень, ніяких лікувальних процедур (за відсутності порушення вітальних функцій) не призначають до проведення термінового обстеження та встановлення діагнозу;
- Хворі з ускладненнями, що загрожують життю: розповсюдженим перитонітом, гнійним холангітом, механічною жовтяницею з ендогенною інтоксикацією або поліорганною дисфункцією госпіталізуються до відділення інтенсивної терапії, де невідкладні діагностичні заходи поєднуються з інтенсивною підготовкою до термінової операції;
- Хворих із сумнівним діагнозом або холециститом з різним ступенем клінічних місцевих і загальних проявів без порушення вітальних функцій госпіталізують до хірургічного відді-

лення, де проводиться на тлі інфузійної терапії комплекс лабораторних і апаратних досліджень, динамічний нагляд за пацієнтом, в ході якого формується подальша лікувальна тактика.

Отримані клінічні, лабораторні дані та дані інструментальних методів дослідження є базою для проведення диференційної діагностики гострого холецистити та прийняття рішення про подальшу лікувальну тактику (схема 2.4).

Схема 2.4 Граф логічної схеми клініко-діагностичного алгоритму та диференціації при гострому холециститі



В) Гострий панкреатит – це гостре запально-некротичне захворювання підшлункової залози, в основі якого лежить аутоліз тканини залози власними активованими ферментами, із подальшим приєднанням асептичного або мікробного запалення, а також ураженням оточуючих органів та систем позаочеревинної локалізації.

Діагноз ГП встановлюється при наявності щонайменше двох критеріїв з наступного переліку:

1. Больовий синдром з локалізацією у верхніх відділах живота з іррадіацією у поперекову ділянку, нудота, багаторазова блювота.
2. Характерні ознаки ГП за даними УЗД чи КТ.
3. Трьохкратне збільшення концентрації альфа-амілази та ліпази крові чи сечі.

Ступінь тяжкості ГП визначається за наявністю ознак ПОД. ГП легкого ступеня не супроводжується ознаками ПОД. При ГП середньої важкості ПОД усувається протягом 24-48 год після початку лікування. При ГП важкого ступеня ПОД утримується більше 48 год і переходить у СПОН.

Етіологію гострого панкреатиту необхідно встановлювати відповідно до анамнезу захворювання та анамнезу життя хворого (жовчнокам'яна хвороба, вживання алкоголю або медичних препаратів, гіперліпідемія, травма, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія в анамнезі), захворювання підшлункової залози у родичів, лабораторних тестів (трансамінази, кальцій, тригліцериди) та ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, яке бажано виконувати під час госпіталізації або не пізніше 10-12 год після госпіталізації.

Клінічні прояви гострого панкреатиту та їх вираженість базуються на скаргах хворого, аналізі розвитку захворювання та фізикального обстеження пацієнта (**схема 2.5**).

Отримані клінічні, лабораторні дані та дані інструментальних методів дослідження є базою для проведення диференційної діагностики гострого панкреатиту та прийняття рішення про подальшу лікувальну тактику (**схема 2.6**).

2.3. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі перфорації порожнистого органу при надходженні та самозверненні до приймального відділення стаціонару

Перфорація порожнистого органу ШКТ є однією із суттєвих частин гострої хірургічної патології, що зумовлює появу таких тяжких вторинних ускладнень як перитоніт, поліорганна недостатність, у зв'язку з цим даний стан потребує своєчасної невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування.

Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому перфорації порожнистого органу та організаційні питання надання медичної допомоги

1. Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому перфорації порожнистого органу ШКТ:

А) Патогномонічною для перфоративної виразки шлунка або дванадцятипалої кишки є «тріада Мондора» («кинджалний» біль в епігастральній ділянці (с-м Деллафуа), дошкоподібне напруження передньої черевної стінки, виразковий анамнез) та симптом Спіжарного (зникнення печінкової тупості при перкусії).

Б) При перфорації тонкої або товстої кишки больовий синдром розвивається повільніше, швидше розвивається розповсюджений перитоніт та виражена інтоксикація у вигляді ПОН.

Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах перитоніту, причиною якого за клінічними даними є перфорація порожнистого органу ШКТ (основною діагностики є скарги хворого, аналіз розвитку захворювання, дані фізикального обстеження пацієнта та рентгенологічне дослідження) (**Схема 2.7**).

2. Лабораторна діагностика при підозрі на перфорацію порожнистого органу та диференціація стану хворого з іншими патологічними станами у приймальному відділенні:

– При клінічних проявах перитоніту та даних анамнезу й фізикального обстеження у приймальному відділенні виконують оглядову рентгенограму органів черевної порожнини, клінічні аналізи крові та сечі, глюкози крові, у хворих старше 40 років та за показаннями виконують ЕКГ.

3. Інструментальна діагностика: при оглядовій рентгеноскопії (-графії) черевної порожнини визначається вільний газ під куполом діафрагми, а при невідповідності клініки та рентгенологічних даних проводиться проба Неймарка (повітря вводиться у шлунок шприцом через зонд із наступним рентгенологічним дослідженням).

Отримані клінічні, лабораторні дані та дані інструментальних методів дослідження є базою для проведення диференційної діагностики та прийняття рішення про подальшу лікувальну тактику (**Схема 2.8**).

Схема 2.5

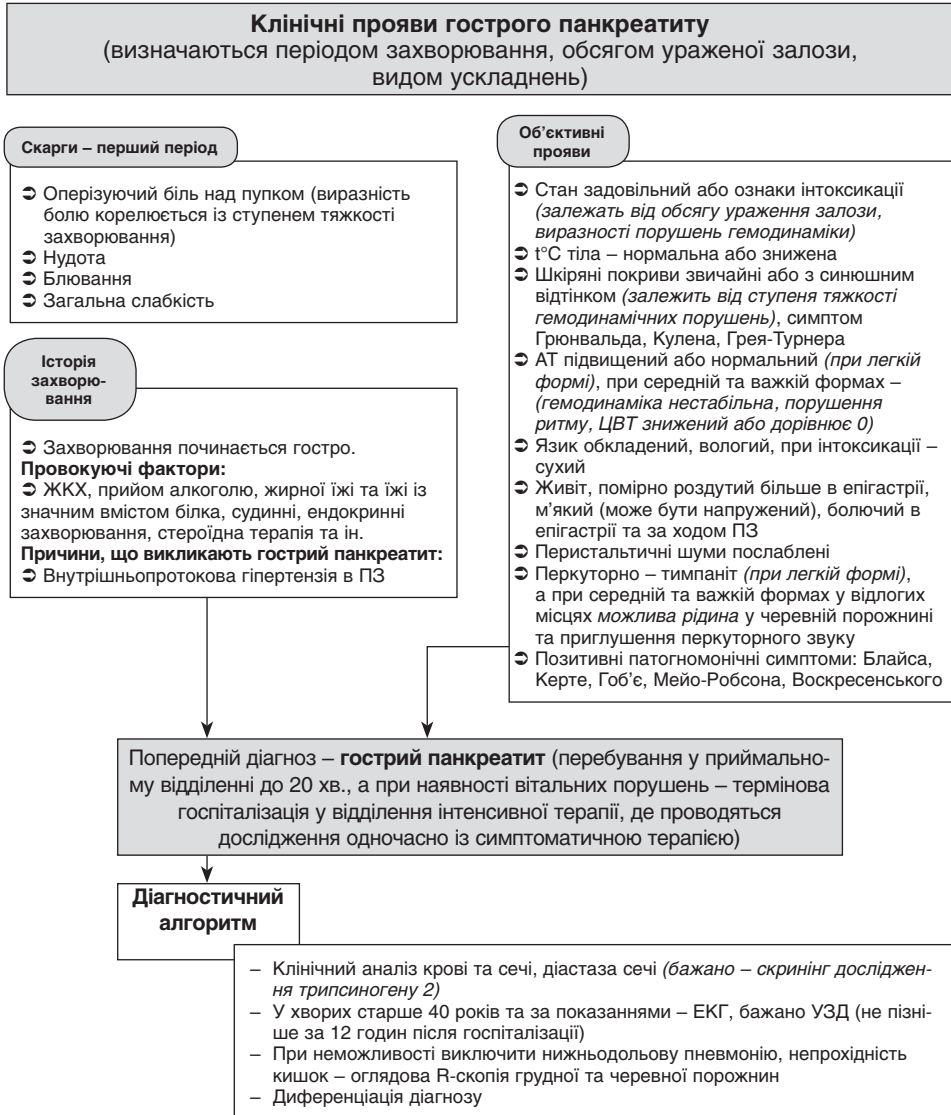


Схема 2.6 Граф логічної схеми клініко-діагностичного алгоритму та диференціації при гострому панкреатиті

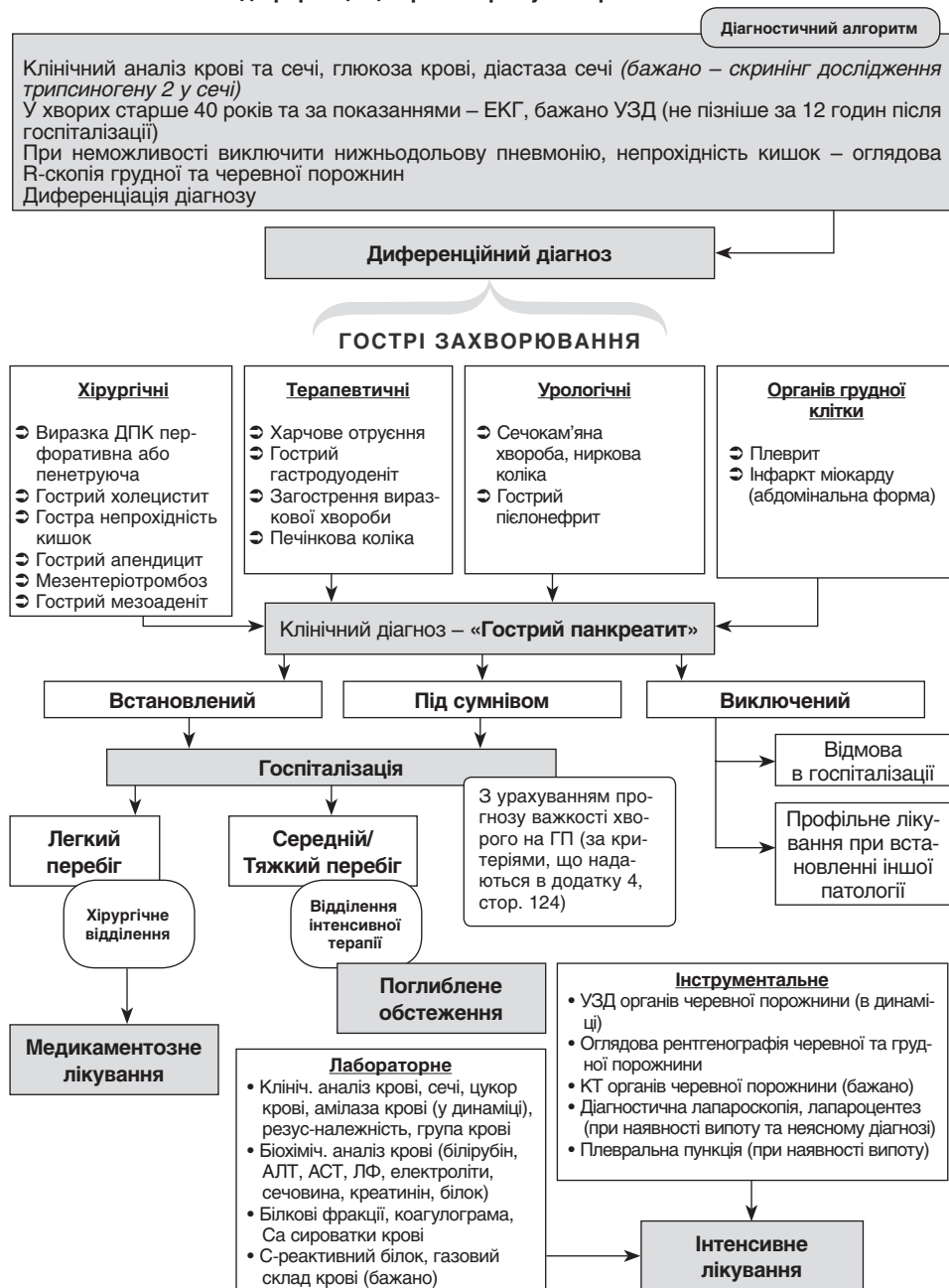
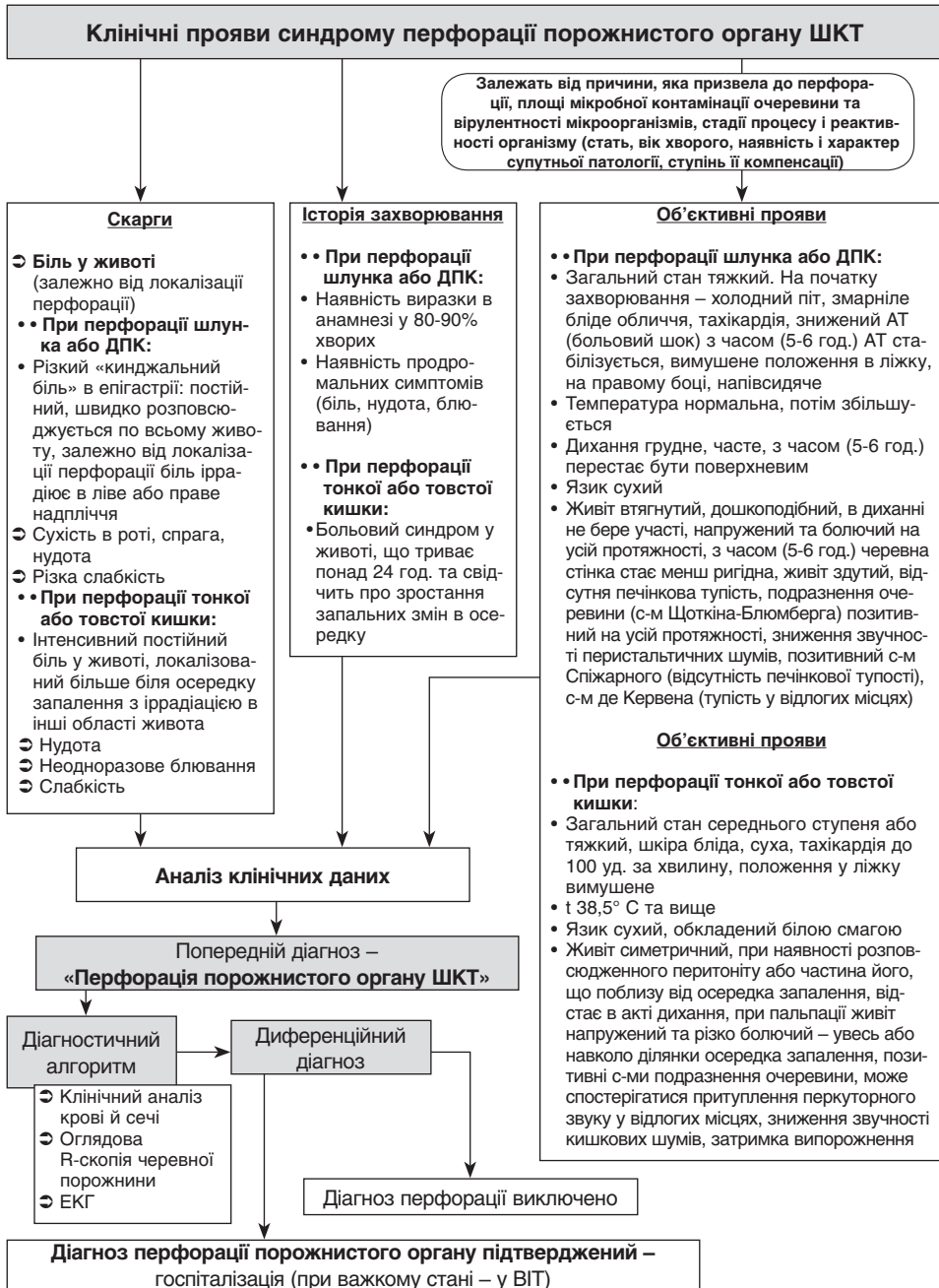


Схема 2.7



2.4. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострої непрохідності тонкої або товстої кишок та організаційні питання надання медичної допомоги

Синдром гострого порушення пасажу кишкового вмісту включає затримку його просування по шлунково-кишковому тракту з порушенням кровообігу в стінці кишки, розвитком каскаду волемічних порушень і перитоніту, що призводить до поліорганної недостатності.

Клінічна діагностика гострої непрохідності кишок та організаційні питання надання медичної допомоги

1. **Синдром гострої непрохідності кишок** – це симптомокомплекс, який супроводжується частковим або повним порушенням просування кишкового вмісту по шлунково-кишковому тракту, є ускладненням різних етіопатогенетичних захворювань і патологічних процесів.
2. Гостра непрохідність кишок, залежно від характеру виникнення, розподіляється на **механічну та динамічну**.

- **Механічна непрохідність** може бути:

- **обтураційна** – внаслідок перекриття кишкової трубки об'ємним процесом або стороннім тілом (найчастіше – пухлинного генезу);
- **странгуляційна** із залученням у стискання кишки судин брижі (спайковий генез);
- **змішана (інвагінація) непрохідність**, яка включає елементи странгуляції та обтурації.

- До **динамічної непрохідності** відносяться:

- **паралітична непрохідність кишок**, розвиток якої має рефлексорний або запальний характер;
- **спастична непрохідність**, яка виникає в результаті екзогенної інтоксикації та захворювань нервової системи.

N.B.! *Найбільш загрозливою є странгуляційна форма непрохідності, яка супроводжується швидким розвитком некрозу кишки і розповсюдженим перитонітом.*

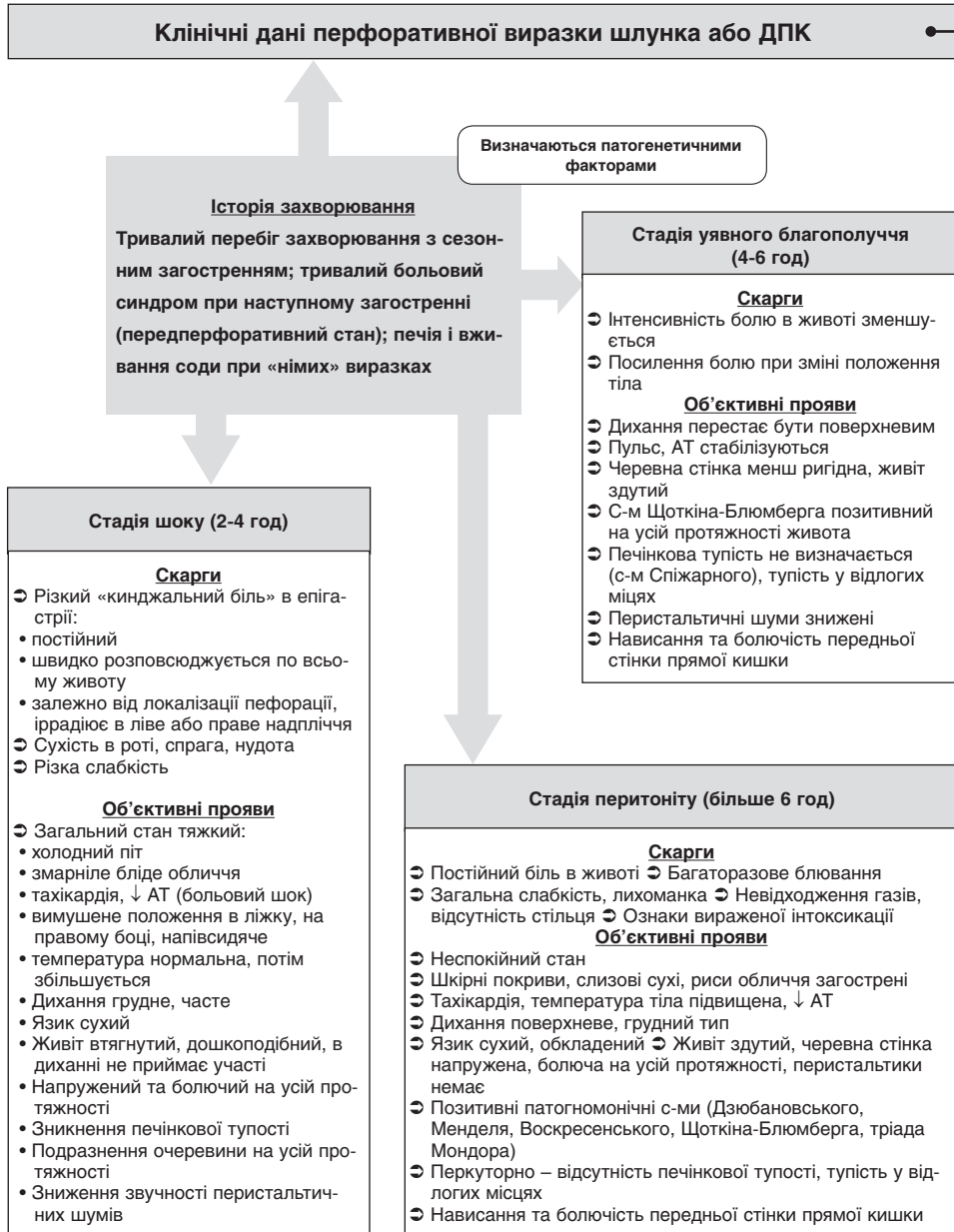
N.B.! *У патогенезі гострої непрохідності кишок відбувається послідовна зміна (без чітких меж) больової стадії, стадії інтоксикації та перитоніту.*

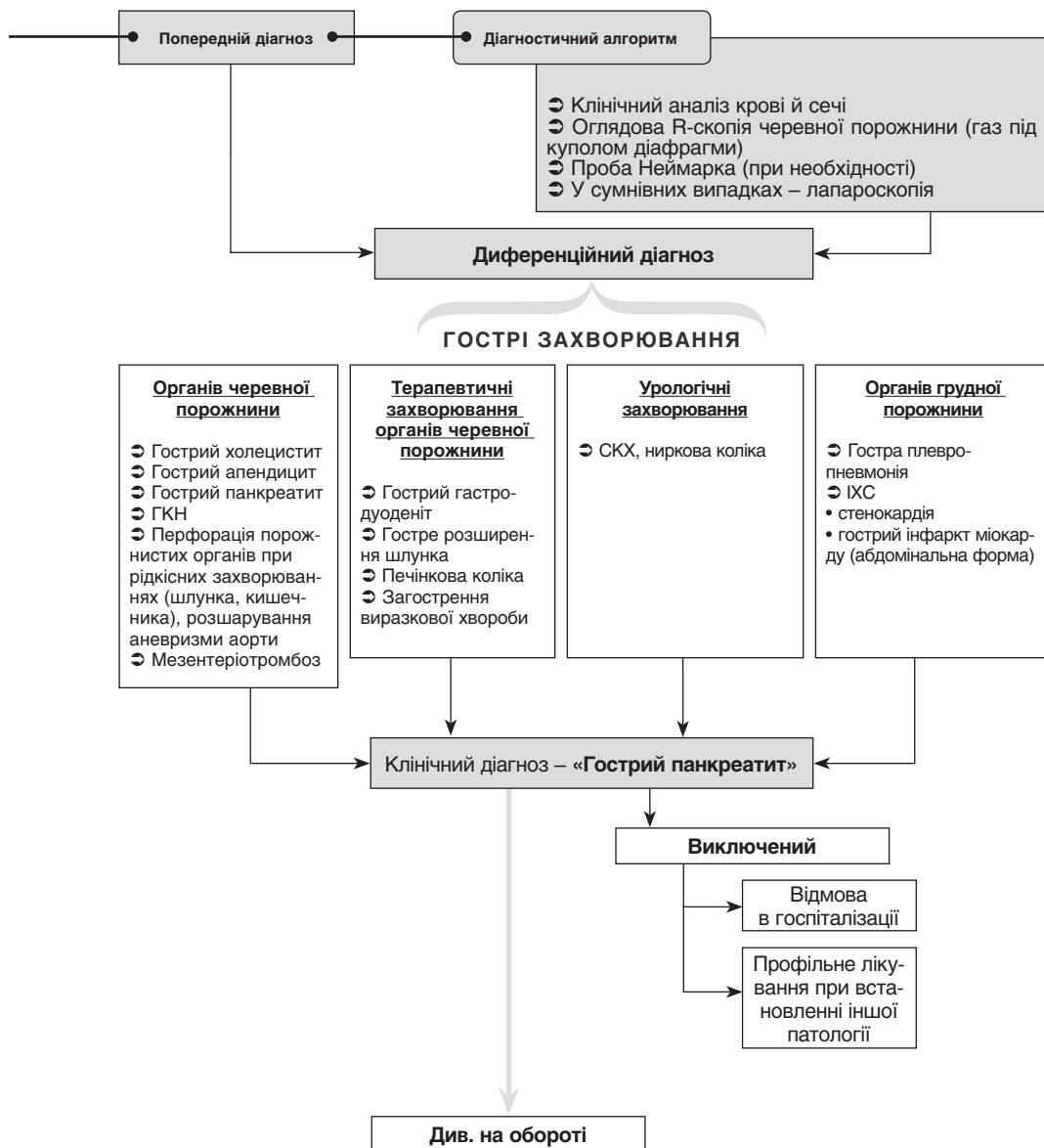
N.B.! *Клінічна картина зумовлюється видом непрохідності, висотою перешкоди, терміном її виникнення.*

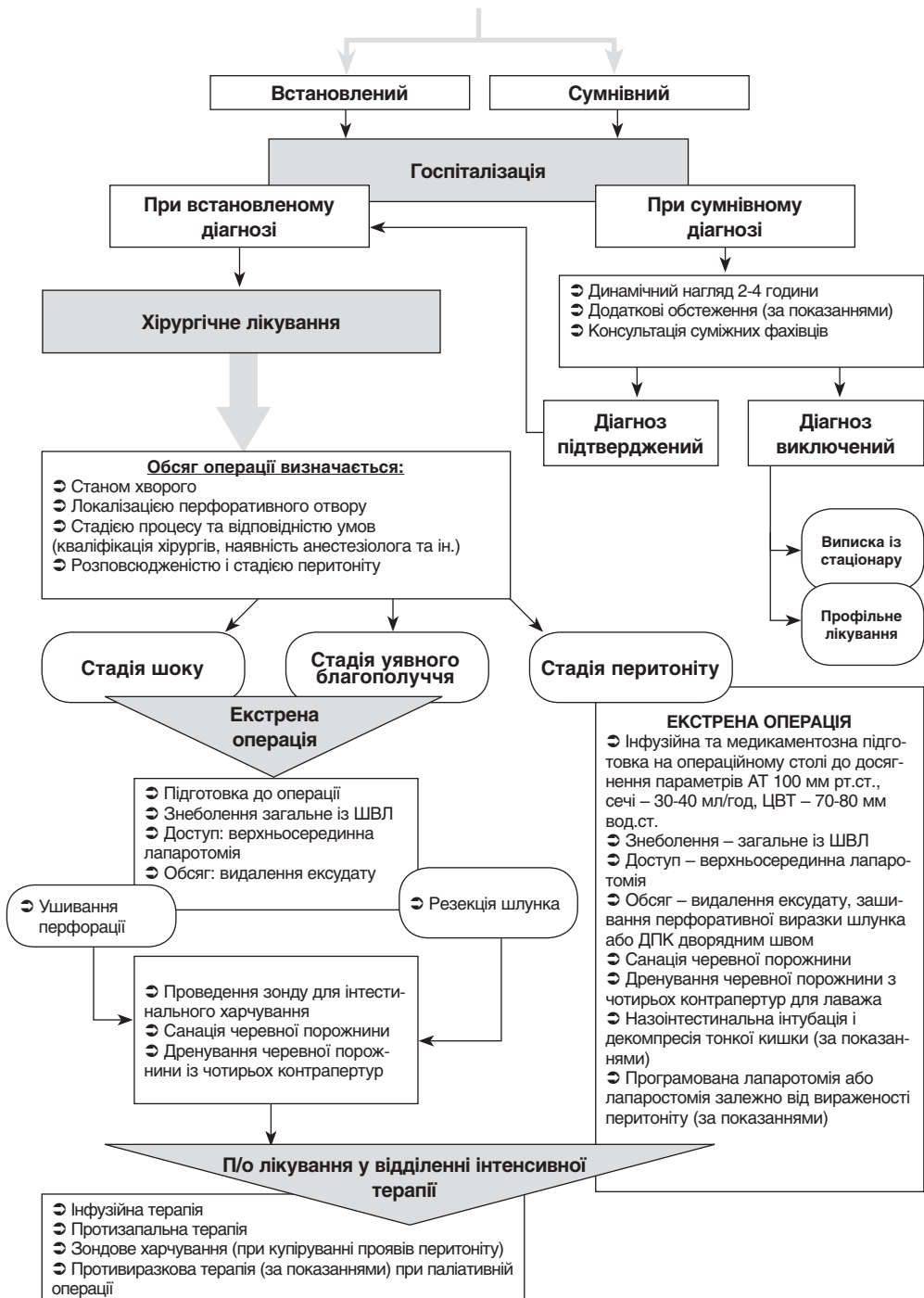
- А)** При встановленні діагнозу, який входить до синдрому гострої непрохідності кишок (механічні види непрохідності та динамічна непрохідність на тлі хірургічних захворювань) хворий госпіталізується до лікарні для лікування.
- Б)** При порушенні вітальних функцій пацієнт госпіталізується до відділення інтенсивної терапії, а якщо таких порушень немає – до хірургічного відділення або до операційної, якщо є показання до операції.
- В)** При неможливості виключити гостру непрохідність кишок хворий госпіталізується до лікарні для спостереження, нагляду, виконання лабораторних та інструментальних досліджень в динаміці та прийняття обґрунтованого рішення про подальшу лікувальну тактику.
- Г)** При відсутності даних про гостре хірургічне захворювання лікар приймального відділення залучає до огляду пацієнта суміжних фахівців для прийняття обґрунтованого висновку про необхідність госпіталізації та профіль ліжок, де повинен лікуватися хворий.
- Д)** При відсутності показань до лікування в стаціонарі лікар, який оглядає хворого в приймальному відділенні, робить обґрунтований запис у журналі відмови в госпіталізації.

Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах непрохідності кишок, основою яких є скарги хворого, аналіз розвитку захворювання та дані фізикального обстеження пацієнта (Схема 2.9).

Схема 2.8 Граф логічної схеми клініко-діагностичного та лікувального алгоритму при перфоративній виразці шлунка або ДПК







Організація первинної лікувально-діагностичної допомоги при надходженні до стаціонару

У приймальному відділенні необхідно суворо дотримуватись методичності та повноти об'єктивного обстеження з перевіркою патогномонічних симптомів (найважливіший – «шум плескоту» Склярова), аускультацією черевної порожнини для визначення характеру перистальтики, обстеженням типових місць гризових випинань, виконанням пальцевого ректального дослідження:

- а) при підозрі на непрохідність кишок, окрім хірурга, хворого обов'язково повинні оглянути терапевт та анестезіолог;
- б) провідне значення повинно надаватись виявленню странгуляційної непрохідності, яка потребує невідкладного хірургічного втручання;
- в) за наявності блювання визначається його інтенсивність, частота, об'єм і вміст блювотних мас;
- г) для визначення подальшої тактики важливо оцінити вираз обличчя, ознаки гіповолемії, стан гемодинаміки.

Лабораторна діагностика при підозрі на гостру непрохідність кишок

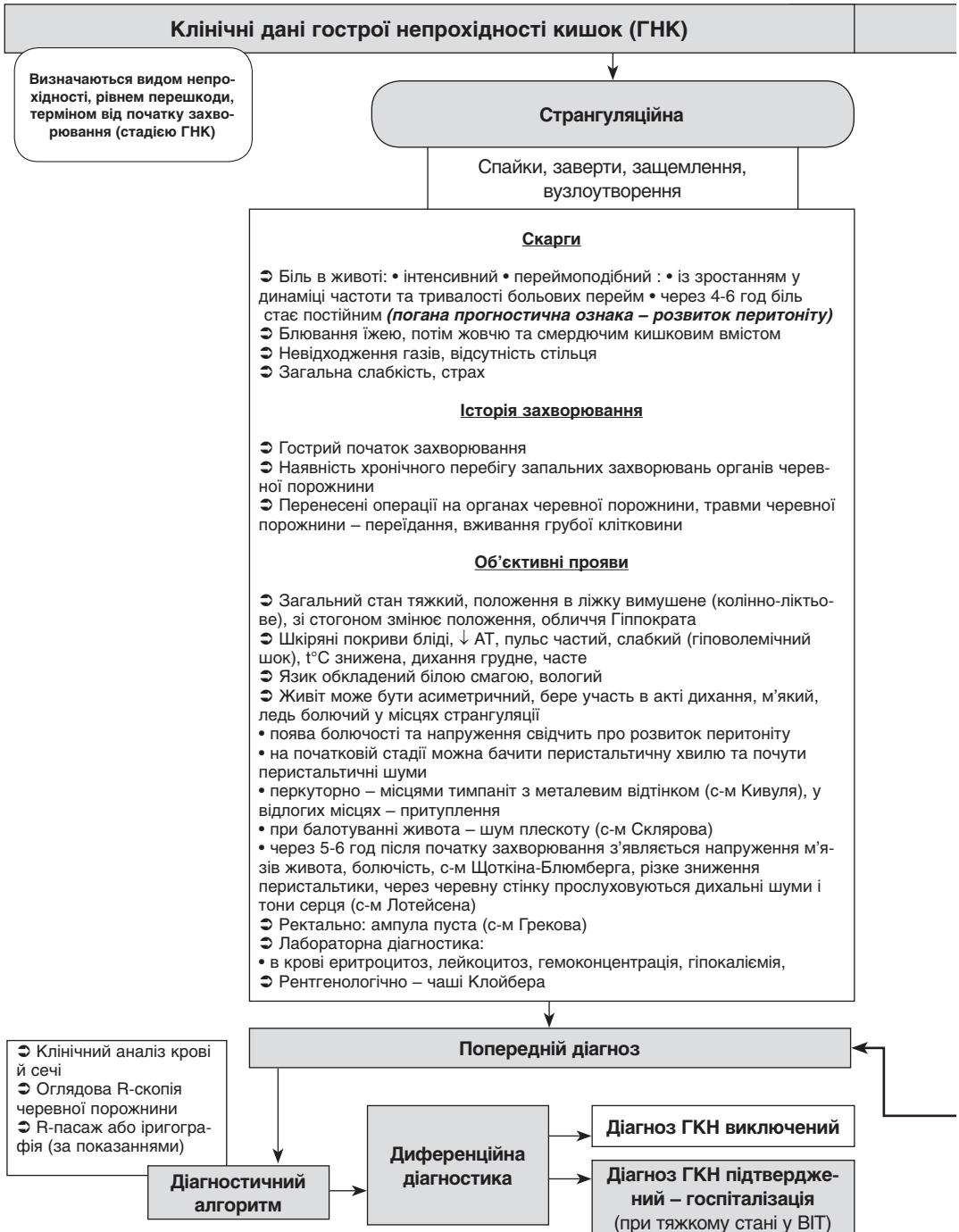
- Клінічний аналіз крові та сечі.
- Глюкоза крові.
- Група крові та резус-належність крові.
- Коагулограма.
- Лабораторні дослідження функції печінки.

Інструментальна діагностика при гострій непрохідності кишок

- Оглядова рентгенографія черевної порожнини (до встановлення зонду у шлунок і виконання клізми).
- Оглядова рентгенографія грудної клітки.
- ЕКГ.
- УЗД черевної порожнини.

Отримані клінічні, лабораторні дані та дані інструментальних методів дослідження є базою для проведення диференційної діагностики (**схема 2.10**) та прийняття рішення про подальшу лікувальну тактику.

Схема 2.9



Клінічні дані гострої непрохідності кишків (ГНК)

Обтураційна

Обтурація пухлиною, жовчними або каловими конкрементами, клубком аскарид, чужорідними тілами

Скарги

- Неінтенсивний, переймоподібний біль зі «світлими проміжками», часто тривалими
- Блювання спочатку не часті, вмістом шлунка, ДПК, потім більш частіше, має «фекалоїдний» характер
- Затримка стільця, невідходження газів
- Загальна слабкість

Історія захворювання

- Клінічні прояви основного захворювання
- Поступовий розвиток при пухлинному походженні
- Гострий початок після нападу болю в правому підребер'ї, при наявності глистної інвазії або на фоні тривалих запорів

Об'єктивні прояви

- Загальний стан спочатку страждає мало, гемодинаміка стабільна, дихання часте, ознаки болювого шоку не часті (тільки при повній обтурації)
- Стан шкіряних покривів обумовлений причиною непрохідності, $t^{\circ}\text{C}$ нормальна
- Язик вологий
- Живіт симетричний роздутий, бере участь в акті дихання
 - при пальпації м'який, помірно болючий, нерідко пальпується пухлиноподібне утворення
 - с-мів подразнення очеревини немає, у відлогих місцях – тимпаніт
 - при балотуванні – «шум плескоту»
- такий стан може бути протягом декількох днів.
- Ректально: ампула пуста, можна визначити пухлину, чужорідне тіло, голівку інвагінації, позитивна проба Цеге-Мантейфеля
- Лабораторна діагностика: анемія, лейкоцитоз, гемоконцентрація, гіпонатріємія, гіпокаліємія, гіпохлоремія, ацидоз, електролітів, підвищення остаточного азоту, олігурія, наявність білка та циліндрів у сечі
- Рентгенологічно – чаші Клойбера, гіперпневматоз
- при іриграфії – дефект наповнення, обтураційний просвіт товстої кишки

Динамічна

Спастична

Скарги

- Біль нападоподібний по усьому животі
- Нудота, блювання
- Відчуття розпирання в животі
- Невідходження газів, затримка стільця

Історія захворювання

- Харчова і глистна інтоксикація
- Істерія
- Отруєння свинцем
- Наркоманія

Об'єктивні прояви

- Загальний стан страждає мало
- Розладу вітальних функцій немає
- Язик вологий
- Живіт роздутий, бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, помірно болючий на ділянці спазмованої кишки
- Позитивний с-м Склєрова, перистальтичні шуми посилені або звичайні, у відлогих місцях – тимпаніт
- Ректально – в ампулі звичайний кал
- В аналізах крові та сечі – без патології (при гострому отруєнні може бути анурія)
- Рентгенологічно – гіперпневматоз

Паралітична

Скарги

- Розлитий біль по всьому животі
- Невідходження газів, затримка стільця
- Блювання шлунковим та кишковим вмістом

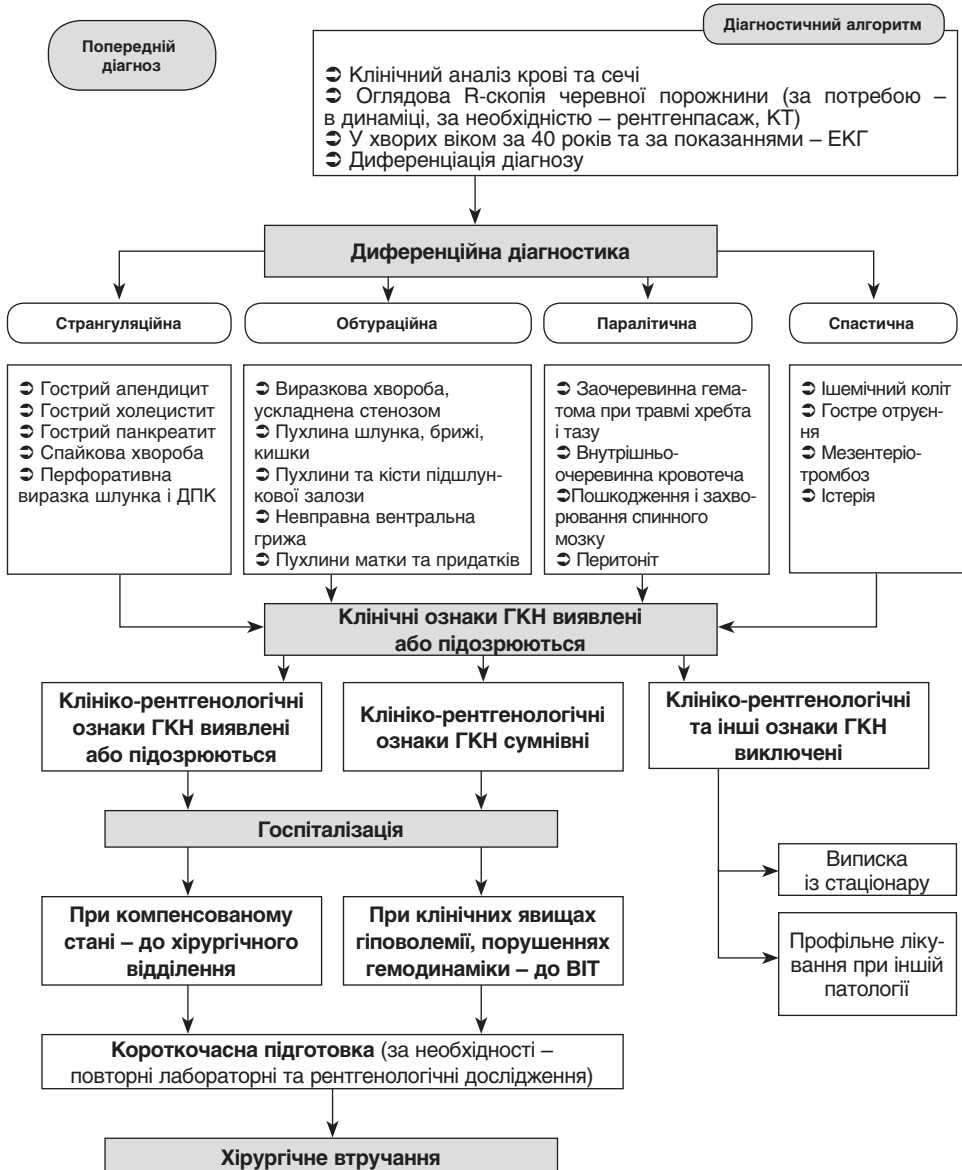
Історія захворювання

- Захворювання ШКТ, що супроводжується рефлекторним або запальним походомженням парезу кишків
- Травми живота, хребта і тазу
- Після операції на органах черевної порожнини
- Серцево-судинна патологія (склероз, тромбози судин брижі)
- Перитоніт

Об'єктивні прояви

- Загальний стан середньої тяжкості або тяжкий
- Шкіряні покриви бліді, задишка, зниження АТ, тахікардія
- Язик сухий
- Живіт рівномірно роздутий, обмежено бере участь в акті дихання
- Черевна стінка напружена, пальпаторно розлита болючість, позитивні симптоми подразнення очеревини
- Перистальтичні шуми ослаблені або відсутні, притуплення у відлогих місцях
- Ректально – позитивний с-м Куленкампа
- Рентгенологічно – чаші Клойбера
- Лабораторна діагностика: лейкоцитоз, посунення форми ліворуч, дефіцит білка, електролітів

Схема 2.10 Граф логічної схеми клініко-діагностичного алгоритму та диференціації при гострій непрохідності кишків



2.5. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострої кровотечі у просвіт шлунково-кишкового тракту та організаційні питання надання медичної допомоги.

Синдром гострої кровотечі у просвіт ШКТ є частиною гострої хірургічної патології, яка має в своїй основі порушення цілісності стінок судин стравоходу, шлунку, ДПК, тонкої або ободової й прямої кишок, що проявляється гіповолемією та втратою еритроцитів, які виконують транспорт кисню, що потребує невідкладної медичної допомоги у лікарні інтенсивного лікування, тому що несвоєчасний ендоскопічний гемостаз, медикаментозна гемостатична терапія та корекція дефіциту ОЦК призводить до розвитку гіповолемії, анемії та прогресуючої поліорганної недостатності.

Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому гострої кровотечі у просвіт шлунково-кишкового тракту

1. Діагностично-тактичний алгоритм при гострій кровотечі у просвіт ШКТ.

А) Об'єктивне обстеження пацієнта:

а) скарги:

- блювання кров'ю або випорожнення з наявністю зміненої чи незміненої крові, що супроводжується;
- гострим порушенням загального стану;
- відчуттям страху;
- порушенням свідомості до коми;
- задишкою, відчуттям нестачі повітря;
- тахікардією;
- зниженням артеріального тиску;

б) анамнез захворювання:

- необхідно визначити час виникнення скарг;
- аналізуються клінічні дані стосовно етіологічного фактору (табл. 2.2);
- оцінюється обсяг і якість наданої невідкладної допомоги на первинному рівні або при доставці хворого до лікарні.

Таблиця 2.2

Анамнестичні дані, які дозволяють запідозрити причину або джерело ГШКК

Прояви захворювання	Діагноз, що передбачається
Сезонний характер болю	Виразкова хвороба
Відсутність апетиту та прогресуюче схуднення	Пухлинний процес
Зловживання алкоголем, перенесені раніше вірусний гепатит, малярія, панкреатит, тромбофлебіт селезінкової вени	Синдром портальної гіпертензії
Поява мало зміненої крові в кінці інтенсивного блювання різного походження	Синдром Меллорі-Вейса
Огрядність, печія, загрудинний біль	Діафрагмальна грижа з явищами езофагіту
Стресова ситуація в анамнезі, прийом препаратів ульцерогенної дії (антикоагулянти, кортикостероїдні гормони, нестероїдні протизапальні препарати, гіпотензивні препарати), тяжкі захворювання серця, легень, нирок та інших органів, особливо в стадії декомпенсації	Гострі виразки або ерозії слизової оболонки шлунка
Іктеричність склер, судинні зірочки на шкірі, збільшена печінка та селезінка, асцит, розширення підшкірних вен черевної стінки	Цироз печінки, портальна гіпертензія
Телеангіктазії на слизових оболонках губ, язика, шкіри рук	Хвороба Рандю-Ослера
Тромбоцитопенія у поєднанні з великими підшкірними крововиливами	Автоімунна тромбоцитопенія

Прояви захворювання	Діагноз, що передбачається
Гемартроз та нерухомість суглобів	Гемофілія
Підвищена кровоточивість, переймоподібний біль у животі в поєднанні з кривавим калом, мономорфний папульозно-геморагічний висип на симетричних ділянках тіла	Геморагічний васкуліт (хвороба Шенлейн-Геноха)

- в) **об'єктивні дані:** загальноклінічні ознаки гіповолемічного шоку включають оцінку АТ, ЧСС та частоти дихання, стану психіки або свідомості (оцінка загального стану хворого проводиться згідно з критеріями, наведеними у **табл. 2.3**).

Таблиця 2.3

Критерії оцінки ступеня тяжкості хворого з гострою кровотечею

Критерій, який оцінюється	Стан хворого			
	Задовільний	Середньої тяжкості	Тяжкий	Вкрай тяжкий
Свідомість	Ясна	Загальмованість	Пригнічена	Різка пригніченість
Стан шкірних покривів	Помірна блідість	Виражена блідість	Різка блідість, холодний липкий піт	Блідоціанотичні, холодний липкий піт
Симптом «білої плями»	Менше 3 с	Понад 3 с	Неможливо визначити	Неможливо визначити
Пульс (уд/хв)	До 90	До 100-110	До 110-120, слабого наповнення	Понад 120, слабого наповнення
Систолічний АТ (мм рт.ст.)	Норма	Не нижче 100	80-90	Нижче 80
Дихання	Дещо прискорене	Прискорене	Задишка	Виражена задишка
ЦВТ (мм вод.ст.)	5-15	0-5	0	0
Діурез	Норма	Знижений	Олігурія	Олігурія, анурія
Число еритроцитів (т/л)	Понад 3,5	3,5-2,5	2,5-1,7	Менше 1,7
Гемоглобін (г/л)	Понад 120	120-80	80-60	Менше 60
Гематокрит (%)	Понад 35	35-25	25-20	Менше 20

- Б) Призначення та виконання термінових лабораторних досліджень (обов'язково – загальний аналіз крові з кількістю тромбоцитів та гематокрит, протромбіновий час або протромбіновий індекс, АЧТЧ, рівень фібриногену).

- В) **Пальцеве дослідження прямої кишки** із визначенням її вмісту.

- Г) **Попередній діагноз** встановлюють на основі скарг, анамнезу, об'єктивних проявів, притаманних різній локалізації шлунково-кишкової кровотечі залежно від характеру захворювання:

- при наявності блювоти з ознаками червоної крові зі згортками слід запідозрити локалізацію джерела кровотечі у стравоході або в кардіальному відділі шлунка, що можливо при кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу або при пухлинному чи виразковому ураженні кардіального відділу та тіла шлунка;
- при наявності блювоти важливо відрізнити шлункову кровотечу від легеневої, яка проявляється не блюванням, а кашлем з пінистим кривавим вмістом (легенева кровотеча може супроводжуватись заковтуванням та зригуванням крові);

- в) наявність блювоти шлунковим вмістом типу «кавової гущі», мелени може свідчити про джерело кровотечі у дистальних відділах шлунка або у ДПК, що частіше є проявом виразкової хвороби, пухлини шлунка або іншим органічним ураженням його слизової оболонки;
- г) при наявності змішаної з калом темної крові із прямої кишки необхідно запідозрити джерело кровотечі в правих відділах товстої кишки, а при наявності яскраво-червоної крові, змішаної з калом, – про кровотечу із лівих відділів ободової кишки;
- д) струменева кровотеча із прямої кишки наприкінці акту дефекації може свідчити про її гемороїдальне походження, а наявність крові на поверхні калу з одного боку – про тріщину заднього проходу;
- е) при обстеженні хворого з клінічними явищами кровотечі лікар повинен визначити можливу локалізацію джерела кровотечі у верхньому або нижньому відділі ШКТ (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Ознаки	Характер кровотечі	Стан хворого	Блювота	Кал	Дані додаткових досліджень
З верхніх відділів ШКТ	Частіше профузна	Часто тяжкий, клінічна картина геморагічного шоку	Вмістом за типом «кавової гущі» або малозміненою кров'ю зі згортками	Чорний оформлений або дьогтеподібний (мелена)	При езофагогастроуденоскопії знаходять джерело кровотечі
З нижніх відділів ШКТ	Частіше хронічна	Частіше середньої тяжкості, клініка постгеморагічної анемії	Не характерна	З домішками малозміненої або свіжої крові	При ректосигмоскопії або колоноскопії знаходять джерело кровотечі

2. Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому гострої кровотечі із верхнього та нижнього відділу ШКТ (схема 2.11, схема 2.12):

- А) Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах гострої кровотечі у просвіт ШКТ, причиною якої за клінічними даними є гострі або хронічні захворювання ШКТ (основною діагностики є скарги хворого, аналіз розвитку захворювання й дані фізикального обстеження пацієнта та інструментальні методи (ЕГДС, колоноскопія, при необхідності – оглядова або контрастна рентгенографія) дослідження).
- Б) **Інструментальна діагностика:** при ЕГДС виявляється джерело кровотечі з верхнього відділу ШКТ, при колоноскопії виявляється джерело кровотечі у прямій та ободовій кишках.

Схема 2.11

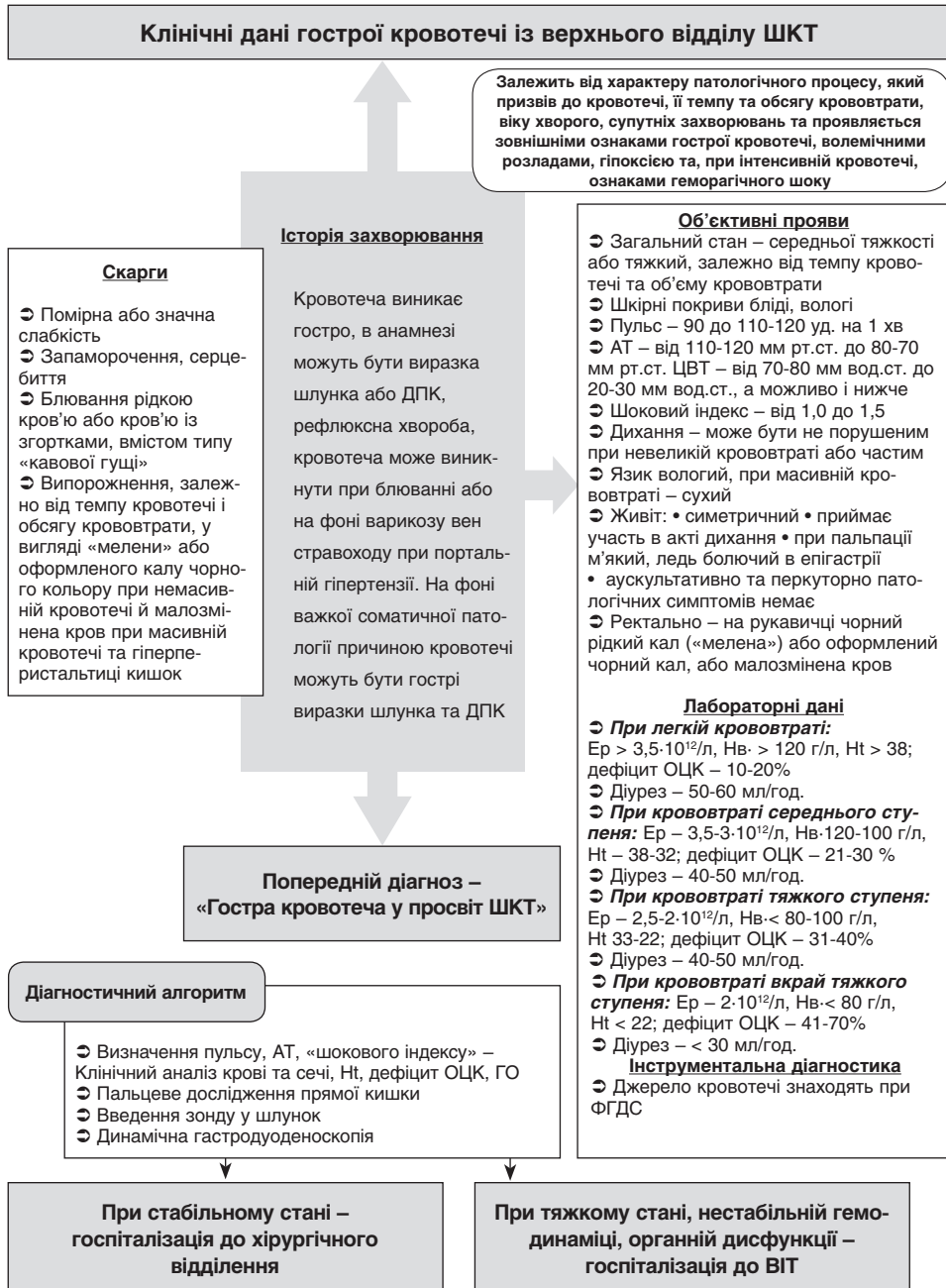
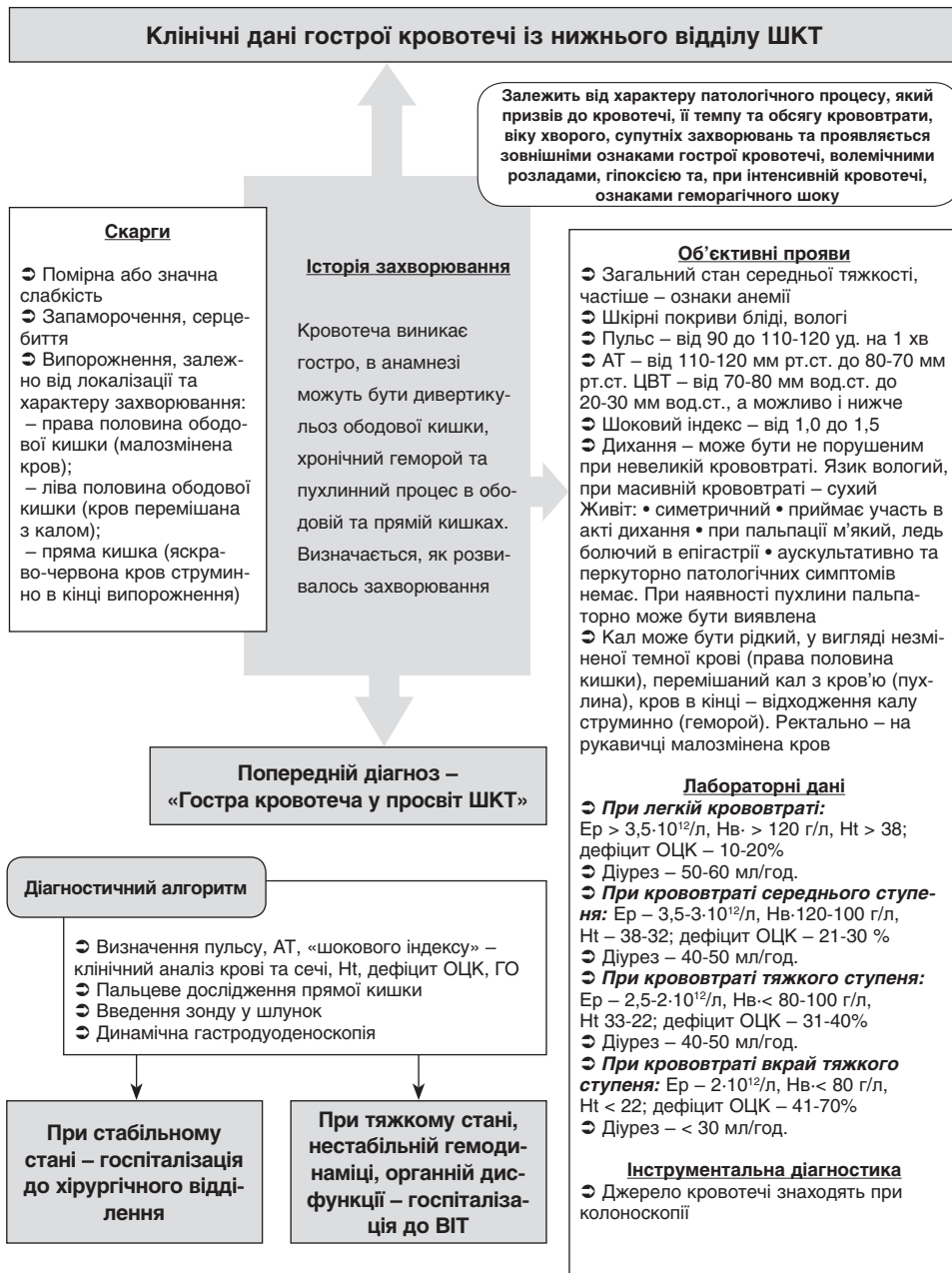


Схема 2.12



2.4. Розподіл пацієнтів з кровотечею залежно від вираженості проявів кровотечі (за її активністю, величиною крововтрати та за даними ЕГДС) і стану хворого, усіх пацієнтів зі шлунково-кишковими кровотечами за своїми лікувально-діагностичними ознаками розподіляють на **три основні групи**:

А) Перша група – хворі з наявними клінічними ознаками кровотечі, яка супроводжується нестабільними показниками центральної гемодинаміки або критичним станом (втрата понад 40% ОЦК):

а) послідовність надання медичної допомоги хворим, які знаходяться у критичному стані (**як правило, при активній кровотечі**), що проявляється нестабільною гемодинамікою, стигматами тяжкої крововтрати є підставою для негайного початку інтенсивної терапії, спрямованої на стабілізацію гемодинаміки:

- пацієнта з приймального відділення спрямовують до спеціально обладнаної протишоквої палати або до операційної, у зв'язку з необхідністю одночасної роботи з пацієнтом фахівців із інтенсивної терапії та ендоскопії, моніторингу лабораторних і фізіологічних параметрів, вирішення питання про хірургічне втручання, як реанімаційного заходу;
- забезпечують високе FiO_2 (інгаляція кисню до 6-8 л/хв. через носову канюлю або через маску);
- виконують внутрішньовенний доступ катетером найбільшого діаметру з подальшою катетеризацією центральної вени і проведення багатокomпонентної інфузійно-трансфузійної терапії;
- при заповненні шлунка кров'ю хворого вкладають на лівий бік, у шлунок вводять товстий шлунковий зонд і вміст шлунка самопливом витікає, при необхідності у шлунок вводиться рідина (**вакуум-аспірація вмісту шлунка протипоказана!**);

б) водночас хворому виконують діагностичні заходи, спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ЕГДС), встановлення факту її продовження чи зупинки, а також проводять мініінвазивні ендохірургічні втручання для зупинки кровотечі.

Б) Друга група – хворі з вираженими ознаками анемії, але без наявних клініко-лабораторних ознак кровотечі, яка триває в просвіт ШКТ:

а) хворих скеровують до відділення інтенсивної терапії, де після проведення катетеризації центральної вени і початку інфузійної терапії проводять комплексну діагностику основних порушень загальносоматичного статусу, визначають тяжкість крововтрати та здійснюють програму її поповнення;

б) одночасно хворому виконують діагностичні заходи, спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ЕГДС), встановлюють факт її продовження чи зупинки, а також виконують мініінвазивні ендохірургічні втручання, спрямовані на зупинку або попередження рецидиву кровотечі.

В) Третя група – це хворі зі встановленим (за анамнестичними і об'єктивними ознаками) фактом перенесеної кровотечі в просвіт ШКТ, але з помірними або середнього ступеня тяжкості клінічними проявами післягеморагічної анемії:

а) хворих після ЕГДС госпіталізують до хірургічного відділення для проведення консервативної терапії та визначення лікувальної тактики.

*** Пацієнти з кровотечею, яка зумовлена портальною гіпертензією, цирозом печінки, складають особливу групу хворих:**

- при підозрі на кровотечу із варикозно розширених вен стравоходу лікар повинен звернути увагу на наявність розширення вен передньої черевної стінки, асцит, збільшені розміри печінки та селезінки;
- оцінити анамнестичні дані про перенесений вірусний гепатит, зловживання алкогольними напоями та інше;
- хворих з кровотечею із вен стравоходу спрямовують до відділення інтенсивної терапії для проведення комплексу діагностичних та лікувальних заходів;
- діагноз кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу може бути встановлений при ендоскопічному дослідженні;
- при наявності цирозу печінки загрозу у зв'язку з кровотечею становить розвиток печінкової недостатності, що визначає необхідність проведення заходів для зупинки кровотечі.

*** Алгоритм надання медичної допомоги хворим з кровотечею із верхнього відділу ШКТ за межами спеціалізованого центру (районна лікарня, невелика міська лікарня):**

А) У лікувальних закладах, куди надходять хворі із ШКК:

- а)** ендоскопісти повинні володіти всіма методами лікувальної ендоскопії (*коагуляційний, ін'єкційний гемостаз та ін.*); а при відсутності фахівця-ендоскопіста до надання медичної допомоги повинні залучатися фахівці центру медицини катастроф;
- б)** при досягненні тимчасового гемостазу і позитивних даних динамічного ендоскопічного огляду за хворим протягом 2–3 год. вирішують питання про необхідність перетранспортування пацієнта до лікарні, де є можливість надати повноцінну та якісну допомогу;
- в)** при високому ризику рецидиву кровотечі або нестабільному гемостазі, вирішують питання про необхідність виконання невідкладного хірургічного втручання за місцем перебування пацієнта, залучаючи при необхідності фахівців центру медицини катастроф.

2.6. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при синдромі гострого ускладнення гриж передньої черевної стінки при надходженні або самозверненні до приймального відділення стаціонару та організаційні питання надання медичної допомоги.

Гострі ускладнення гриж (защемлення, запалення) передньої черевної стінки є однією із суттєвих частин гострої хірургічної патології, що зумовлює появу таких важких вторинних ускладнень як некроз защемленої кишки та перитоніт, у зв'язку з цим ті стани потребують своєчасної невідкладної допомоги у хірургічному стаціонарі лікарні інтенсивного лікування.

Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому гострих ускладнень гриж передньої черевної стінки

А) Защемлена грижа передньої черевної стінки – це гостре ускладнення гриж, яке проявляється стисканням вмісту грижового випинання в дефекті м'язово-апоневротичних тканин передньої черевної стінки.

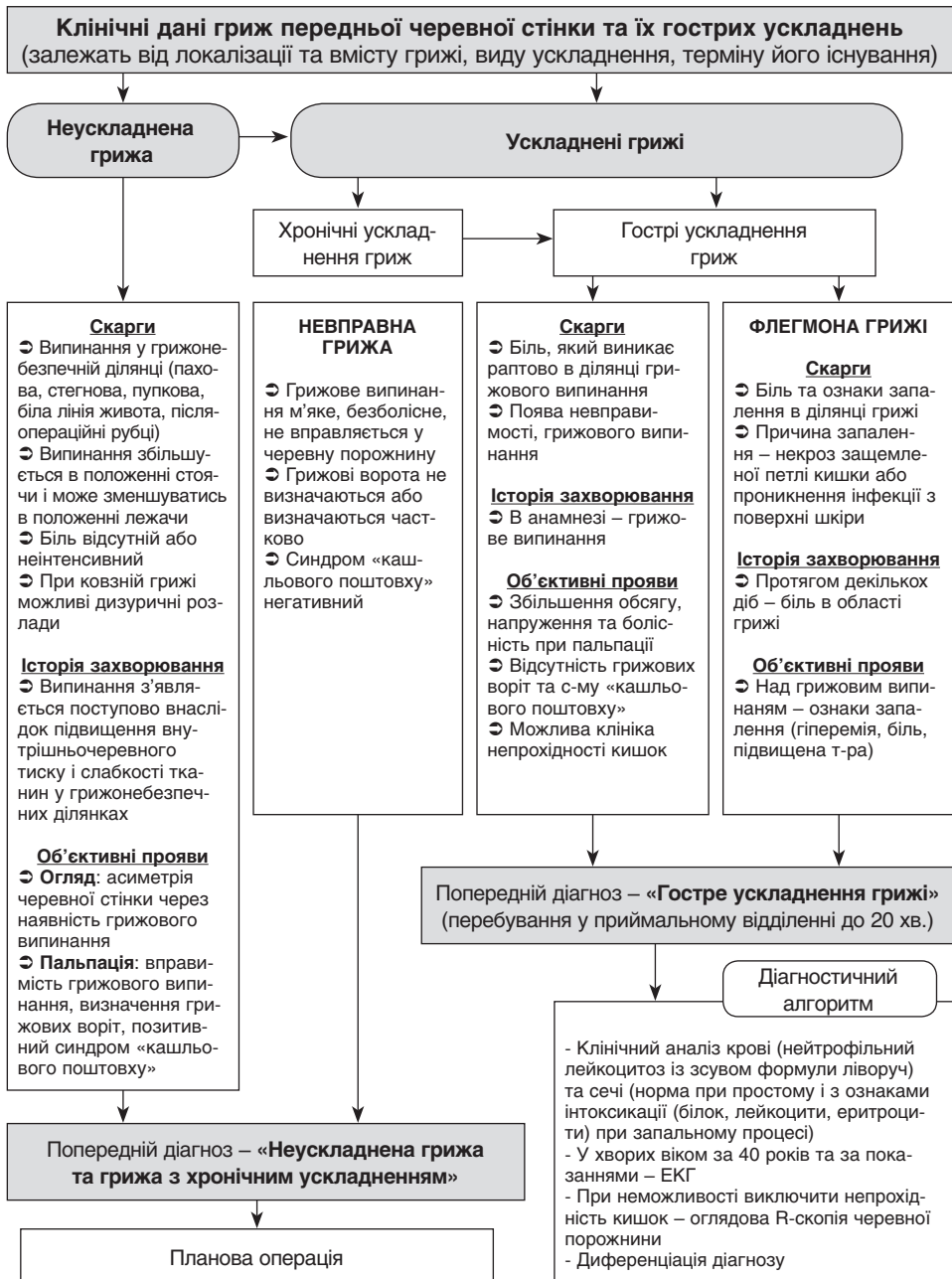
За своєю локалізацією грижі передньої черевної стінки поділяються на пахові, стегнові, пупкові, грижі білої лінії живота та післяопераційні (вентральні) грижі. Виникнення гострого ускладнення грижі у вигляді защемлення проявляється гострим болем внаслідок стискання вмісту грижового мішка. Подальший перебіг захворювання складається із декількох факторів. По-перше, це структура органів, які є вмістом грижового мішка (тонка або товста кишка, великий чепець та ін.). По-друге, це термін часу, який пройшов від моменту защемлення до початку ліквідації защемлення хірургічними заходами.

Найскладнішим та найагресивнішим перебігом є защемлення кишки, в ході якого внаслідок ішемічних розладів виникає некроз защемленої петлі кишки. Це може призвести до розвитку запальних змін з боку грижі, перитоніту, вираженої інтоксикації, поліорганної дисфункції.

Виходячи з цього, важливим у наданні медичної допомоги таким хворим та попередженні розвитку важких вторинних ускладнень є своєчасне звернення пацієнтів до медичних працівників, а ефективність надання медичної допомоги залежить від достовірності встановлення правильного діагнозу та своєчасності хірургічної допомоги.

Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах гострого ускладнення гриж черевної стінки, основою яких є скарги хворого, аналіз розвитку захворювання та дані фізикального обстеження пацієнта (**схема 2.13**).

Схема 2.13



Діагностика защемлення гриж та запальних змін з боку грижового випинання внаслідок доступної візуалізації та можливості пальаторного обстеження є нескладною та ефективною. Особливої уваги заслуговує діагностика стегової грижі, яка візуально менш доступна і, як правило, вона рідко має період неускладненого перебігу. Виходячи з цього, при наявності болу в животі нез'ясованого характеру є потреба в обстеженні ділянок на стегнах у ділянках, небезпечних для розвитку гриж.

У сумнівних випадках показана госпіталізація до хірургічного відділення, динамічний нагляд за хворим протягом до 6 годин (огляд через кожні 2-3 години з дослідженням стану лейкоформули та фіксацією в щоденнику клінічних проявів захворювання).

Лабораторна діагностика при підозрі на гостре ускладнення гриж передньої черевної порожнини та диференціація стану хворого з іншими патологічними станами у приймальному відділенні (схема 2.14).

- При гострих ускладненнях гриж передньої черевної стінки в приймальному відділенні виконують клінічні аналізи крові та сечі, глюкозу крові, у хворих старше 40 років та за показаннями виконують ЕКГ.
- При неможливості при клінічному дослідженні виключити непрохідність кишок призначають оглядову рентгенографію черевної порожнини.

2.7. Клінічний алгоритм екстреної медичної допомоги при перитонеальному синдромі при надходженні або самозверненні до приймального відділення стаціонару

Гострий перитоніт є однією із суттєвих частин ускладненого перебігу гострої хірургічної патології, що зумовлює появу таких важких вторинних ускладнень як поліорганна недостатність. Наявність клінічних ознак гострого перитоніту потребує термінової допомоги хірургами та анестезіологами у стаціонарі лікарні інтенсивного лікування.

Клінічна діагностика гострого перитоніту та організаційні питання надання медичної допомоги

1. Клінічна діагностика захворювань, які входять до синдрому перитоніту.

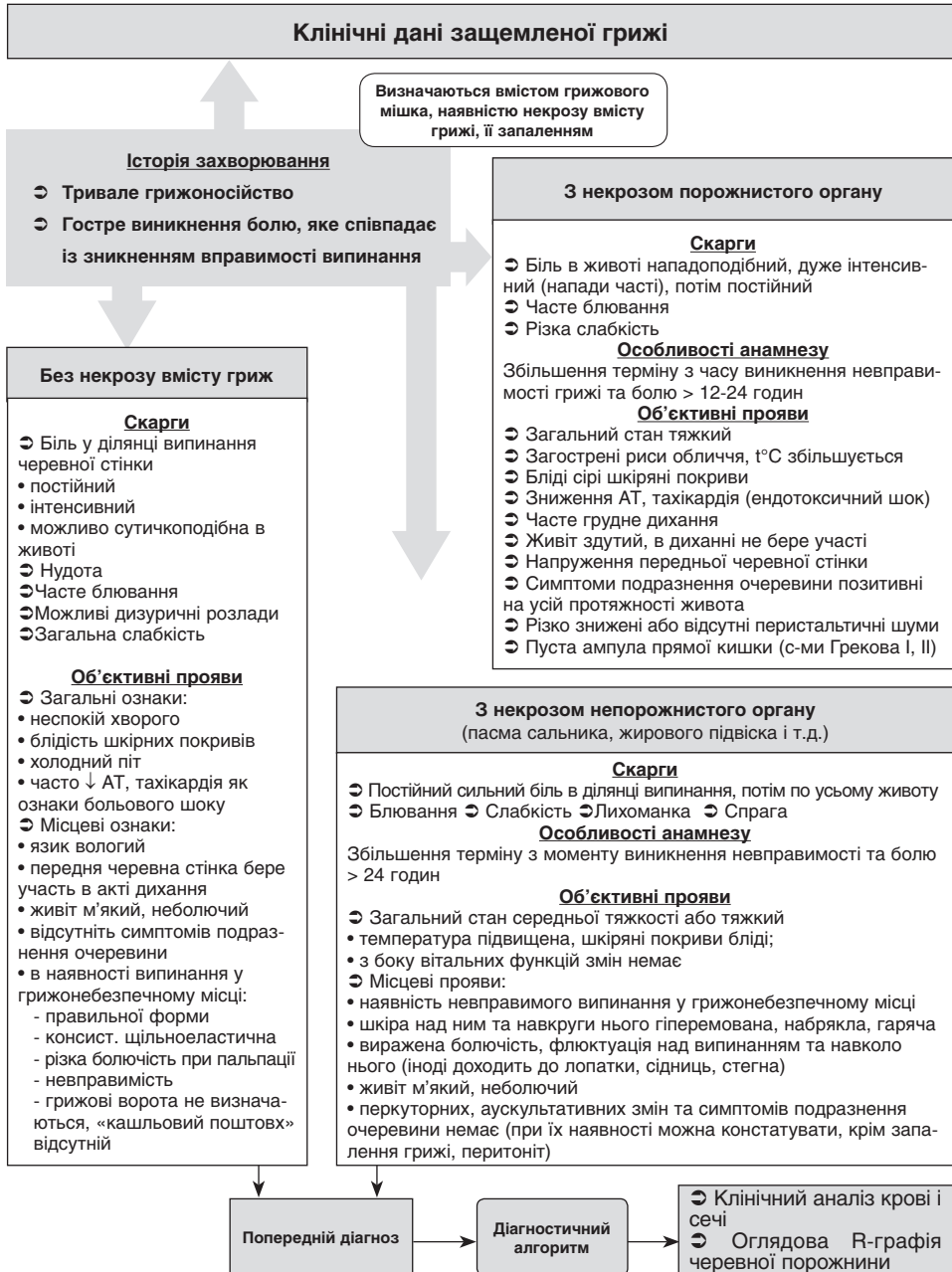
Встановлення діагнозу базується на клінічних проявах перитоніту, причиною якого за клінічними даними можуть бути несвоєчасно діагностовані гострі запальні захворювання органів черевної порожнини, перфорація порожнистих органів, закриті та відкриті травми живота. Основою діагностики є скарги хворого, аналіз розвитку захворювання, дані фізикального, лабораторного та інструментальних методів дослідження (**схема 2.15**).

2. Інструментальна діагностика: при оглядовій рентгеноскопії (-графії) черевної порожнини визначається вільний газ під куполом діафрагми, при УЗД може бути встановлено діагнози гострого апендициту, холециститу, панкреатиту, наявність рідини у черевній порожнині.

3. Клінічні ознаки гострого перитоніту різноманітні, складні, динамічні й залежать від:

- площі мікробної контамінації очередини;
- вірулентності мікроорганізмів;
- стадії процесу;
- реактивності організму (стать, вік хворого, наявність і характер супутньої патології, ступінь її компенсації).

Схема 2.14 Граф логічної схеми клініко-діагностичного та лікувального алгоритму при защемленій грижі



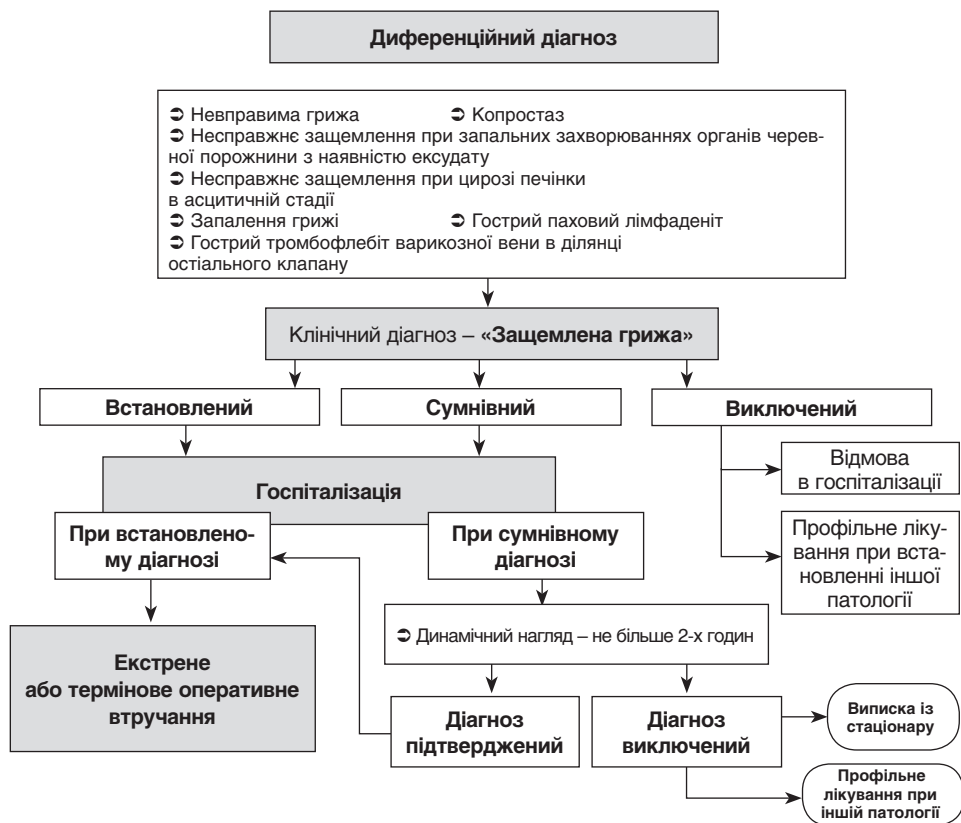


Схема 2.15

Клінічні дані гострого перитоніту залежно від стадії

Визначаються патогенетичними факторами

Реактивна стадія

Визначається

- Ступенем важкості проявів основного захворювання
- Поширенням запалення на очеревину
- Початковими ознаками інтоксикації
- Напруженням реактивних сил організму

Скарги

- Інтенсивний постійний біль у животі, локалізований більше біля осередка запалення з іррадіацією в ін. області живота
- Нудота ➤ Неодноразове блювання ➤ Слабкість

Історія захворювання

- Зв'язок із захворюванням або перенесеною травмою
- Погіршення стану через 3-4 доби після операції на органах черевної порожнини
- Больовий синдром у животі, що триває понад 24 год. та свідчить про зростання запальних змін в осередку

Об'єктивні прояви

- Стан середньої важкості
- шкіра бліда, суха
- тахікардія до 100 уд. за хв., температура – 38,5° С та вище
- тахіпное помірне
- положення у ліжку вимушене
- язик сухий, обкладений білою смагою
- живіт симетричний, частина його, що поблизу від осередка запалення, відстає в акті дихання
- при пальпації живіт напружений та різко болючий навколо зони осередка запалення
- різко позит. симптоми основного захворювання (холециститу, апендициту, панкреатиту та ін.)
- у цій же зоні позит. с-ми подразнення очеревини
- може спостерігатися притуплен. перкуторного звуку у відлогих місцях
- зниження звучності кишкових шумів
- затримка випорожнення

Токсична стадія

Визначається

- Невизначністю клініки основного захворювання
- Залученням до запалення всієї очеревини
- Інтоксикацією: за рахунок аутокаталітичних ферментів, мікробних та метаболічних токсинів
- Порушенням кисневого обміну за рахунок серцево-судинної недостатності, розладів мікроциркуляції
- Функціональною недостатністю органів
- Динамічною кишковою непрохідністю
- Пригніченням реактивних сил організму

Скарги

- Постійний біль по всьому животі
- Нудота, часте блювання (зокрема кишковим вмістом)
- Зригування
- Різка загальна слабкість ➤ Лихоманка
- Невідходження газів, відсутність стільця

Історія захворювання

- Збільшення терміну від початку гострого захворювання від 48-72 год. до 5-7 діб після операції

Об'єктивні прояви

- Тяжкий загальний стан
- риси обличчя загострені, шкіра блідо-сіра, суха
- Дихання часте, грудне
- АТ < 100 мм рт.ст., тахікардія > 120 уд. на 1 хв.
- Язик сухий, потрісканий
- Живіт здутий, не бере участі у диханні
- помірно напружений та болючий
- с-ми подразнення очеревини на усій протяжності
- Перкуторно у відлогих місцях та у гіпомезогастрії тупий звук
- Перистальтичні шуми не прослуховуються
- Ректально: нависання та болючість передньої стінки прямої кишки
- Олігоанурія (катетеризація сечового міхура)

Термінальна стадія

Визначається

- Глибоким пригніченням функцій – основних органів та систем (ЦНС, ССС, дихальної, видільної, нейрогуморальної), поглибленням патогенетичних факторів, які розвиваються у стадію інтоксикації

Скарги

- Зібрати майже неможливо через сплутаність свідомості або неадекватність хворого

Історія захворювання

- Збільшення часу до 72 год. від початку захворювання

Об'єктивні прояви

- Стан дуже тяжкий – свідомість сплутана або кома
- Шкіряні покриви блідо-сірі, сухі, акроціаноз
- риси обличчя загострені (обличчя Гіппократа), очі запалі
- АТ < 60 мм рт.ст., частота серцевих скорочень > 120, аритмія, відсутність пульсу на променевих артеріях
- дихання часте поверхневе з елементами патологічних форм
- блювання, зригування великою кількістю смердючого кишкового вмісту
- язик сухий, потрісканий
- живіт розпластаний, помірно напружений та слабка болючість змінюється безболючістю
- подразнення очеревини нечітке (може бути тільки гримаса болю на обличчі)
- перкуторно – тупий звук на усій протяжності живота
- перистальтика не вислуховується («тиша, як у труні», шум плескоту)
- анурія
- відсутність стільця, невідходження газів

Попередній діагноз – «Гострий перитоніт»

4. Характер патогенетичних змін залежно від стадії перитоніту.

А) Реактивна стадія (до 24 год з часу виникнення захворювання):

- больові та запальні прояви, більш виражені біля осередку виникнення перитоніту;
- подразнення очеревини агресивними агентами та мікробними факторами;
- токсичні, волемічні розлади, порушення гомеостазу, обмінних процесів і порушення функцій органів у початковій стадії (органна дисфункція).

Б) Токсична стадія (24-72 год з часу виникнення захворювання):

- запальні зміни поширюються по всій очеревині;
- зростає інтоксикація, волемічні розлади;
- порушується обмін речовин;
- зростають нейрорегуляторні та гуморальні порушення.

В) Термінальна стадія (більше 72 год з часу виникнення захворювання):

- зростає запальний та токсичний вплив на органи і системи;
- виникають глибокі морфофункціональні зміни усіх органів і систем;
- відбувається глибоке пригнічення життєво важливих функцій (поліорганна недостатність).

5. Особливості клінічних проявів і діагностики перитоніту залежно від стадії:

А) Особливості клінічних проявів і діагностики в реактивній стадії гострого перитоніту (перші 24 години з часу захворювання) визначаються:

- виразністю проявів основного захворювання;
- залученням до запалення очеревини;
- початковими ознаками інтоксикації;
- напруженням реактивних сил організму.

а) Скарги:

- інтенсивний постійний біль у животі, більш виражений біля вогнища запалення;
- посилення болю при зміні положення тіла, кашлі, рухах;
- при локалізації вогнища запалення у верхньому відділі черевної порожнини – іррадіація болю в надпліччя, а при локалізації вогнища запалення в малому тазі – хибні позиви на дефекацію, дизуричні симптоми, іррадіація болю в крижі, промежину;
- нудота, блювання, що не приносить полегшення;
- загальна слабкість.

б) Історія захворювання: зв'язок із захворюванням, травмою, операцією.

в) Об'єктивні прояви:

- стан середньої тяжкості;
- шкіра бліда;
- температура тіла більше 38 °С, тахікардія;
- дихання прискорене, грудного типу;
- положення в ліжку вимушене (на спині або на хворому боці з приведеними до живота стегнами);
- язик сухий;
- живіт симетричний, передня черевна стінка в зоні запалення відстає в акті дихання;
- при пальпації: напруження черевної стінки і різкий біль в зоні вогнища запалення;
- різко позитивні патогномонічні симптоми основного захворювання (апендицит, холецистит, панкреатит та ін.);
- локально: симптоми подразнення очеревини;
- перкуторно: може визначатися тупість у відлогих місцях черевної порожнини;
- аускультативно: зниження звучності перистальтичних шумів;
- ректальне дослідження пальцем: нависання та болючість передньої стінки прямої кишки.

г) Методи діагностики:

- перелік діагностичних методик диктується захворюванням, яке підозрюється (оглядова рентгенограма органів черевної порожнини, УЗД та ін.);
- лабораторні методи дослідження (клінічний аналіз крові, сечі, діастаза сечі, глюкоза крові, гематокрит, ЕКГ).

Б) Особливості клінічних проявів і діагностики в токсичній стадії гострого перитоніту (24-72 години з часу захворювання) визначаються:

- стертістю клініки (зменшенням симптомів) основного захворювання;

- залученням до запалення усієї очеревини;
 - інтоксикацією (внаслідок дії мікробних токсинів, аутокаталітичних ферментів, біогенних амінів, метаболічних токсинів та ін.);
 - гіпоксією (дихальною, циркуляторною, тканинною);
 - порушенням коагуляційних властивостей крові (гіперкоагуляція);
 - порушенням обміну речовин;
 - динамічною непрохідністю кишок;
 - пригніченням реактивних сил організму;
 - поліорганною недостатністю (різного ступеня вираженості).
- а) Скарги:**
- інтенсивний постійний нелокалізований біль у животі;
 - нудота, багаторазове блювання (часто – кишковим вмістом), зригування шлунковим вмістом;
 - різка слабкість, лихоманка, озноб;
 - невідходження газів, відсутність випорожнень;
- б) Анамнез захворювання:** подовження строків від початку гострого захворювання (від 24 до 72 годин).
- в) Об'єктивні прояви:**
- важкий загальний стан хворого;
 - риси обличчя загострені (*facies Hippocratica*), шкірні покриви блідо-сірі, сухі;
 - задишка грудного типу;
 - артеріальний тиск менше 100 мм рт.ст., пульс прискорений (до 100 уд/хв);
 - язик сухий, потрісканий;
 - живіт роздутий, у диханні участі не бере, помірно напружений і болісний на усій протяжності;
 - симптоми основного захворювання не маніфестуються, домінують симптоми подразнення очеревини;
 - олігоанурія (при наявності катетера у сечовому міхурі!);
 - перкуторно: у відлогих місцях черевної порожнини – притуплення перкуторного звуку;
 - аускультативно: перистальтичні шуми не прослуховуються;
 - ректальне дослідження пальцем: нависання, ригідність і болючість передньої стінки прямої кишки.
- В) Особливості клінічних проявів і діагностики в термінальній стадії гострого перитоніту (більше 72 годин від початку захворювання) визначаються:**
- поглибленням патогенетичних факторів, що розвинулись у стадії інтоксикації;
 - глибоким пригніченням життєво важливих функцій (центральної нервової, серцево-судинної, дихальної, видільної, нейрогуморальної систем).
- а) Скарги:** зібрати важко або неможливо через сплутаність свідомості та неадекватність хворого.
- б) Анамнез захворювання:** часовий проміжок від гострого початку захворювання – від 3 до 5 діб.
- в) Об'єктивні прояви:**
- стан вкрай важкий або термінальний;
 - свідомість плутана, марення, токсична кома;
 - шкірні покриви блідо-сірі, сухі, акроціаноз;
 - риси обличчя загострені (*facies Hippocratica*), запалі очі, сухі склери;
 - артеріальний тиск менший ніж 60 мм рт.ст., частота серцевих скорочень – більше 120 уд/хв, аритмія, відсутність пульсу на променевих артеріях;
 - дихання часте, поверхнєве або з елементами патологічного;
 - часте блювання смердючим кишковим вмістом, зригування;
 - язик сухий, потрісканий;
 - живіт розпластаний, слабка болючість і напруження змінюються безболісністю та м'якістю черевної стінки;
 - слабо виражені або зовсім відсутні симптоми подразнення очеревини;
 - анурія;
 - відсутність випорожнень і газів;

- перкуторно: тупий звук на усій протяжності живота;
 - *аускультативно*: перистальтика не прослуховується, шум плескоту при балотуванні.
- 6. Диференційна діагностика** (проводиться залежно від стадії патологічного процесу – реактивна, токсична і термінальна стадії перитоніту) (**схема 2.16**).
- А) Диференційна діагностика в реактивній стадії** проводиться із групою захворювань, що мають подібні патогенетичні синдроми – **больовий, запальний, диспептичний**:
- а) гострі запальні хірургічні захворювання органів черевної порожнини:**
 - гострий деструктивний апендицит;
 - гострий деструктивний холецистит;
 - гострий некротичний панкреатит;
 - гостра непрохідність кишок;
 - перфорація порожнистого органа;
 - б) гостра урологічна патологія:**
 - гострий пієлонефрит;
 - сечокам'яна хвороба;
 - в) гостра гінекологічна патологія:**
 - перекрут і перфорація кісти яєчника;
 - гнійний сальпінгіт;
 - г) гостра терапевтична патологія:**
 - сепсис;
 - інфаркт міокарда;
 - неспецифічний виразковий коліт, токсично-септичний варіант.
- Б) Диференційна діагностика в токсичній стадії** – проводиться з мезентеріотромбозом.
- В) Диференційна діагностика в термінальній стадії** (з коматозними станами іншого генезу):
- гіпоглікемічна кома;
 - гіперглікемічна кома;
 - уремична кома.

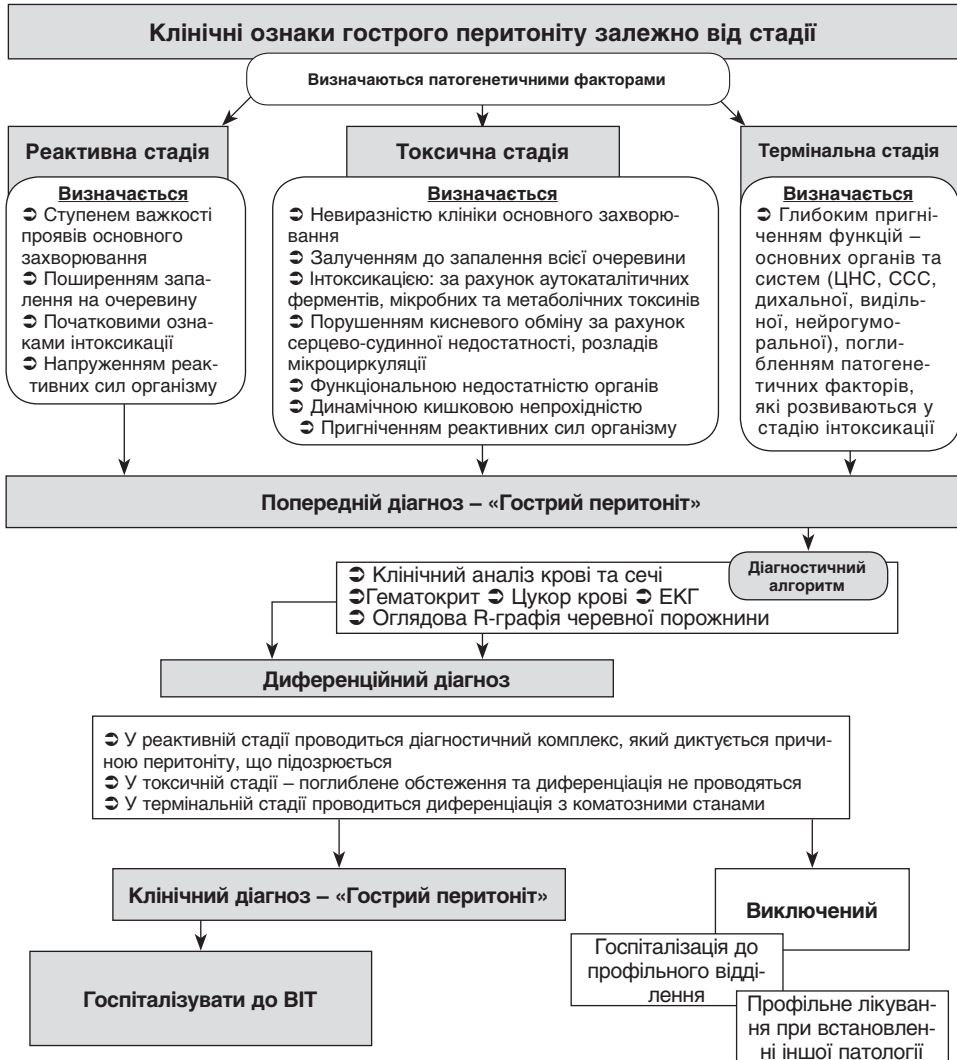
Організація лікувально-діагностичної допомоги хворим з гострим перитонітом при надходженні до стаціонару

Хворі з перитонітом, які знаходяться в реактивній стадії, можуть госпіталізуватися до хірургічного відділення (використовується доступне діагностичне обстеження для виявлення захворювання, яке призвело до перитоніту і одночасно корегується гіповолемія).

Хворі із токсичною або термінальною фазою перитоніту госпіталізуються до відділення інтенсивної терапії для підготовки до операції, де протягом 2-3 годин проводиться посиндромна терапія, спрямована на компенсацію волемічних, обмінних порушень та функціонального стану органів і систем.

Схема 2.16

Граф логічної схеми клініко-діагностичного алгоритму та диференціації при гострому перитоніті



Розділ 3.

**СТАНДАРТИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОФЕСІЙНО
ОРІЄНТОВАНІ АЛГОРИТМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ ХІРУРГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАННЯХ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ**

3.1. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим апендицитом в умовах стаціонару

1. Нозологія. Гострий апендицит.
2. Код по МКХ – К 35.
3. Наведені матеріали та алгоритми призначені для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гострим апендицитом.
4. Мета створення алгоритмів. Сформувані комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим із гострим апендицитом старше 18 років шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гострий апендицит» в умовах стаціонару (залежно від форми запалення відростка та ускладненості захворювання).

Діагноз ГА та розповсюдженість ураження встановлюється на основі симптомів, наявних у пацієнта, методами доопераційного лабораторного та інструментального досліджень. Остаточний клінічний діагноз базується на інтраопераційній візуалізації та остаточно уточнюється гістологічною верифікацією форми запалення червоподібного відростка.

Алгоритм лікувальної тактики наведено в **схемі 3.1** та таблично подано залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Клініко-статистична класифікація гострого апендициту:

К35 Гострий апендицит

Макет клінічного діагнозу: Гострий апендицит {M_x форма}, {ускладнений O_x}

Форма запалення

M₁ – проста.

M₂ – флегмонозна {B₁}.

(B₁) – (емпієма відростка).

M₃ – гангренозна.

Ускладнення:

O₁ – періапендикулярний інфільтрат.

O₂ – періапендикулярний абсцес.

O₃ – місцевий перитоніт.

O₄ – розповсюджений перитоніт.

O₅ – пілефлебіт.

**Моделі клінічних випадків,
які використовуються в уніфікованому протоколі**

Модель клінічного випадку №1 – Гострий апендицит, проста форма.

Гострий апендицит, флегмонозна форма (емпієма відростка).

Модель клінічного випадку №2 – Гострий апендицит, гангренозна форма.

Гострий апендицит, гангренозна форма з місцевим перитонітом.

Модель клінічного випадку №3 – Гострий апендицит, гангренозна форма з розповсюдженим перитонітом.

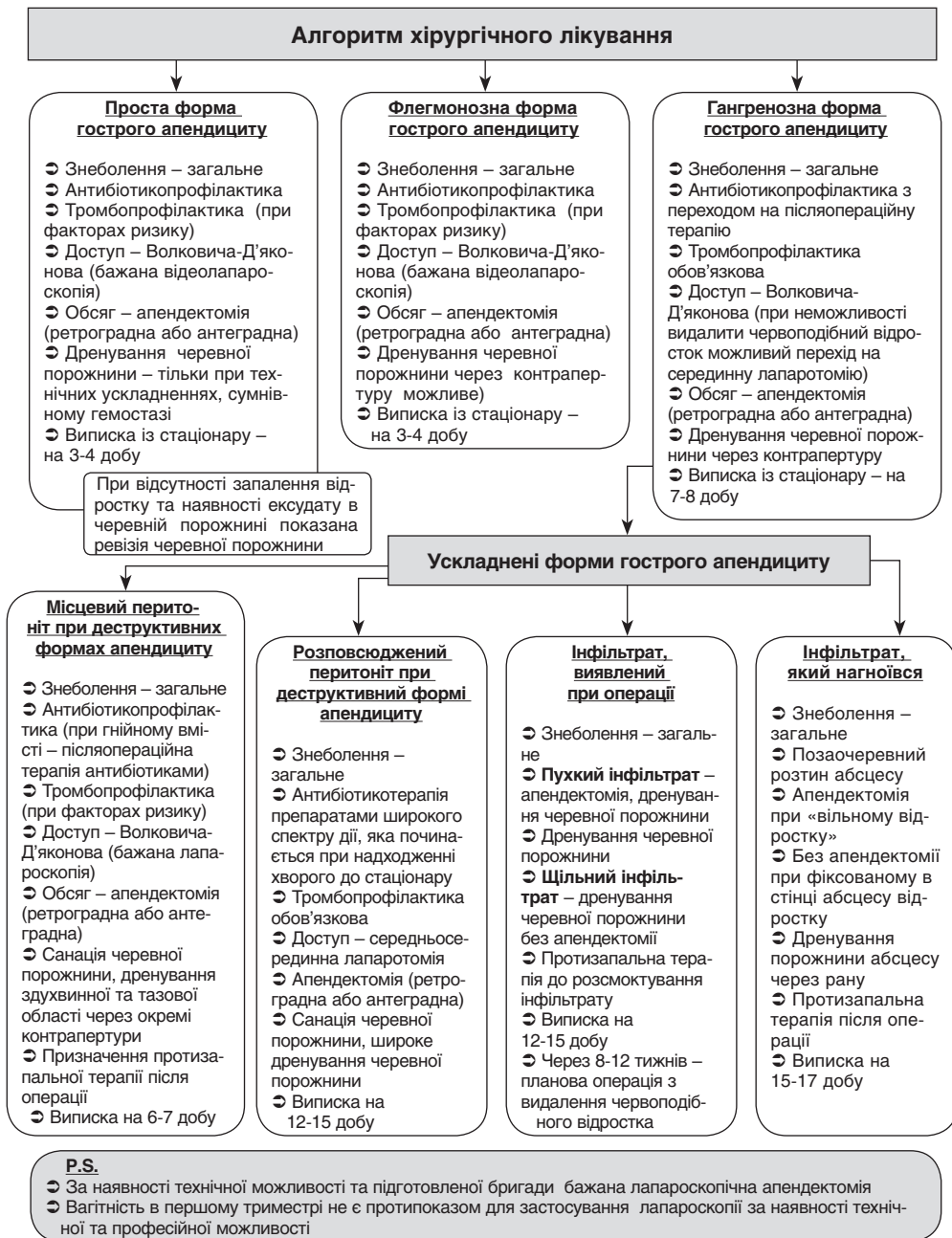
Модель клінічного випадку №4 – Гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат.

Модель клінічного випадку №5 – Гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат, що нагноївся.

Алгоритм дій зазначається окремо для різних макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Схема 3.1

Алгоритм хірургічного лікування гострого апендициту



**Модель клінічного випадку №1 – Гострий апендицит, проста форма
Гострий апендицит, флегмонозна форма (емпієма відростка)**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis/Salomone Di Saverio et al. // World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічних аналізах крові та сечі, що є обґрунтуванням до хірургічного лікування. 2. При надходженні хворого до стаціонару він оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює стан підготовки та можливість початку наркозу й операції. 3. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, за наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 4. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 5. Виконується первинне ЕКГ у пацієнтів старше 40 років та при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 6. При невпевненості в діагнозі при госпіталізації хворого і проведенні спостереження за ним протягом до 6 годин виконується динамічний нагляд з оформленням в карті стаціонарного хворого кожні 2 години результатів клінічного дослідження, з призначенням і аналізом додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, оглядами суміжних фахівців. 7. При встановленому діагнозі «Гострий апендицит» при надходженні операція повинна бути виконана протягом 2 годин з часу госпіталізації або при встановленні діагнозу після динамічного спостереження за хворим протягом 6 годин. Якщо спостереження за хворим не дає можливість виключити діагноз «Гострий апендицит», вступає в дію правило Коупа – хірургічне втручання Бажані методи діагностики: 1. При невпевненості в діагнозі «Гострий апендицит» необхідно виконати УЗД черевної порожнини з оцінкою стану червоподібного відростка (в умовах стаціонару) Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 3. Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.1). 4. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		5. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 6. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 7. Хірургічне втручання – апендектомія (з доступом у правій здухвинній ділянці або лапароскопічним доступом за наявності обладнання та підготовлених лікарів). 8. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожную добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показаннями); - перев'язки; - харчування (першу добу після операції – вода до 1 л; друга доба – вода, чай, кефір, бульйон (обсяг до 1,5 л)., третя доба – стіл 1а). Бажані методи лікування: 1. Лапароскопічна апендектомія
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс.

Модель клінічного випадку №2 – Гострий апендицит, гангренозна форма
Гострий апендицит, гангренозна форма з місцевим перитонітом

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis/ Salomone Di Saverio et al. //World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, що є обґрунтуванням до термінового хірургічного втручання. 2. При надходженні хворого до стаціонару він оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога й оцінює стан підготовки і можливість початку наркозу та операції. 3. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий та, сумісно з лікарем-анестезіологом, знайомить хворого і його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 4. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 5. Виконується первинне ЕКГ у пацієнтів старше 40 років та при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		6. При встановленому діагнозі «Гострий апендицит» операція повинна бути виконана протягом 2 годин з часу госпіталізації. 7. При клінічних проявах інтоксикації, ознаках гіповолемії, у процесі підготовки до оперативного втручання виникає потреба в короткочасній інфузійній терапії. Бажані методи діагностики: 1. При невпевненості в діагнозі «Гострий апендицит» необхідно виконати УЗД черевної порожнини з оцінкою стану червоподібного відростка (в умовах стаціонару) або діагностичну лапароскопію, яка може перейти у лікувальну – видалення червоподібного відростка
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції (промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в ділянці хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою)). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 3. Антибіотикотерапія (враховуючи ознаки місцевого перитоніту) призначається при надходженні хворого до стаціонару і продовжується у вигляді терапії після операції (Розділ 4.2). 4. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введним знеболенням (Розділ 4.7). 5. Знеболення (Розділ 4.7). 6. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 7. Хірургічне втручання – апендектомія (доступом в правій здухвинній ділянці або лапароскопічним доступом за наявності обладнання та підготовлених лікарів). Дренування черевної порожнини через окрему контрапертуру при наявності ексудату. 8. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожену добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - антибіотикотерапія; - інфузійна терапія; - перев'язки; - харчування (першу добу після операції – вода до 1 л; друга доба – вода, чай, кефір, бульон (обсяг – до 1,5 л), третя доба – стіл 1а). Бажані методи діагностики: 1. Лапароскопічна апендектомія
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційної рани) та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи: Профілактика спайкоутворення фізіотерапевтичними методами та ЛФК

**Модель клінічного випадку №3 –
Гострий апендицит, гангренозна форма з розповсюдженням перитонітом**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis/ Salomone Di Saverio et al. //World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34	Обов'язкові методи діагностики – дивись «Алгоритм надання медичної допомоги при перитоніті»: 1. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 2. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого повторюються аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, ступінь дегідратації та ін. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією дегідратації, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого (термін підготовки – до 2 годин)). 4. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий, та, сумісно з лікарем-анестезіологом, знайомить хворого та його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 5. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 6. Виконується первинне ЕКГ, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 7. Наявність розповсюдженого перитоніту обумовлює абсолютні показання до оперативного втручання.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції виконується в процесі проведення інтенсивної терапії (промивання шлунку, депіляція (мазь для епіляції, стрижка машинкою) волосся в області хірургічного доступу). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 3. Антибіотикотерапія: антибіотики широкого спектру дії призначаються при надходженні хворого до стаціонару, в процесі проведення підготовки до операції (Розділ 4.2). 4. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введеним знеболенням (Розділ 4.7). 5. Знеболення (Розділ 4.7). 6. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.7). 7. Хірургічне втручання: - доступ – середньо-середина лапаротомія, виконується ревізія черевної порожнини, в ході якої уточнюється розповсюдженість перитоніту та його причина; - проводиться забір патологічного вмісту із черевної порожнини для бактеріологічного посіву; – черевна порожнина осушується, уточнюється причина перитоніту;

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		- при підтвердженні діагнозу «Гострий апендицит» виконується апендектомія; - після видалення червоподібного відростка черевна порожнина промивається розчинами антисептиків (вирішується питання про необхідність та спосіб інтубації тонкої кишки при вираженому парезі кишок); - черевна порожнина широко дрениується трубчатими дренажами; - при ушиванні черевної порожнини, якщо існує велика вірогідність компартмент-синдрому та з урахуванням можливості санаційних релапаротомій, ушивається тільки шкіра. 8. Післяопераційне лікування: - проводиться у відділенні інтенсивної терапії до стабілізації вітальних функцій та нормалізації моторно-евакуаторної функції ШКТ; - нагляд за хворим, відображення його стану в карті стаціонарного хворого 4 рази на добу, а при необхідності – частіше; - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки
Виписка з рекомендаційми (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: стабілізація стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційних ран) та лікаря загальної практики. 3. При необхідності – консультація суміжних фахівців (гастроентеролога, терапевта та ін.). Бажані заходи Профілактика спайкоутворення та утворення вентральних гриж

**Модель клінічного випадку №4 –
Гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis/ Salomone Di Saverio et al. //World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34	Обов'язкові методи діагностики: 1. Проведення динамічної УЗД-діагностики з визначенням інфільтрату в правій здухвинній ділянці, його розміру та динаміку його перебігу. 2. ЕКГ у пацієнтів будь-якого віку. 3. Динамічний лабораторний та біохімічний контроль стану крові. 4. Динамічний УЗД-контроль стану периапендикулярної ділянки (КТ з підсиленням за необхідності).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Бажані методи діагностики: 1. При невпевненості в діагнозі «Гострий апендицит, ускладнений апендикулярним інфільтратом» необхідно виконати УЗД або КТ з контрастним підсиленням (при можливості). черевної порожнини з оцінкою стану червоподібного відростка та периапендикулярної ділянки. 2. Колоноскопія (за показаннями, якщо розміри інфільтрату не зменшуються в результаті лікування)
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Режим – ліжковий. 2. Дієта №1. 3. Антибактеріальна терапія препаратами широкого спектру. 4. Нестероїдні протизапальні препарати. 5. Догляд за хворим з контролем динаміки змін величини інфільтрату
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи Критерії виписки • Відсутність при пальпації інфільтрату черевної порожнини. • Відсутність запальних реакцій (нормотермія, нормальна картина в ЗАК та ЗАС, біохімічні показники без патологічних змін). • Відновлення функції ШКТ. Спостереження у хірурга за місцем проживання з обов'язковим лабораторним та УЗД-контролем через 1 та 2 місяці. Планова апендектомія через 2-3 місяці

**Модель клінічного випадку №5 –
Гострий апендицит, апендикулярний інфільтрат, що нагноївся**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis/ Salomone Di Saverio et al. //World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34	Обов'язкові методи діагностики: 1. Клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та запальні зміни в загальному аналізі крові є обґрунтуванням до лікування. 2. ЕКГ у пацієнтів будь-якого віку. 3. Виконання УЗД черевної порожнини. 4. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий та, сумісно з лікарем-анестезіологом знайомлять хворого та його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 5. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження по визначенню групи крові та її резус-належності. Бажані методи діагностики: 1. КТ черевної порожнини

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції (промивання шлунку, при показаннях – депіляція (мазь для епіляції, стрижка машинкою) шкіри в області хірургічного доступу). 2. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий та, сумісно з лікарем-анестезіологом, знайомить хворого та його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 4. Антибіотикотерапія (Розділ 4.2). 5. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введеним знеболенням (Розділ 4.7). 6. Знеболення (Розділ 4.7). 7. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 8. Хірургічне втручання: - дренування абсцесу (доступом у правій здухвинній ділянці позаочеревинно або лапароскопічним доступом за наявності обладнання та підготовлених лікарів); - червоподібний відросток видаляється тільки при вільному його розташуванні. 9. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожну добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - антибактеріальна терапія; - інфузійна терапія (за показаннями); - перев'язки
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи Критерії виписки 1. Відсутність при пальпації інфільтрату черевної порожнини. 2. Відсутність запальних реакцій (нормотермія, нормальна картина в ЗАК та ЗАС, біохімічні показники без патологічних змін). 3. Відновлення функції ШКТ. 4. Спостереження у хірурга за місцем проживання з обов'язковим лабораторним та УЗД-контролем через 1 та 2 міс.

3.0. Догляд хворого після виписки із стаціонару.

Основні положення протоколу після виписки із стаціонару. Хворі, проліковані з приводу гострого апендициту в хірургічному стаціонарі, після виписки направляються для подальшого спостереження та реабілітації до хірурга вторинної амбулаторної ланки та сімейного лікаря, які наглядають за процесами ранньої реабілітації (стан післяопераційної рани, функціонування кишківника та інших змін в організмі, які можуть виникнути протягом місяця після операції). Пацієнти, які лікувалися з приводу апендикулярного інфільтрату, спостерігаються у хірурга.

Тривалість перебування хворого на лікарняному коливається від 2 до 4 тижнів, залежно від характеру та тяжкості захворювання, форми запалення, наявності ускладнень, віку та професії пацієнта, а також об'єму та складності оперативного втручання, наявності післяопераційних ускладнень.

Обґрунтування основних положень протоколу після виписки із стаціонару. Метою спостереження й реабілітації хворих на цьому етапі є повне загоєння операційної рани, нормалізація функцій ШКТ та відновлення працездатності. Тривалість спостереження хірургом поліклі-

ніки залежить від наявності чи відсутності ускладнень у пролікованих хворих, загального соматичного стану та професії пацієнта.

Необхідні (обов'язкові) дії лікаря щодо виконання основних положень протоколу:

1. Контроль за загальним станом пацієнта.
2. Контроль за динамікою загоєння післяопераційної рани, за необхідності – зняття швів та виконання перев'язок.
3. Контроль за динамікою лабораторних показників (ЗАК, ЗАС) та обов'язково перед закриттям листка непрацездатності.
4. Надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

4.0. Клінічні індикатори якості.

Стационар – відділення хірургії, які надають медичну допомогу в багатопрофільних лікарняних закладах вторинного рівня (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385), багатопрофільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646).

Форма № 003/о – Медична карта стаціонарного хворого (Форма № 003/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

- Наявність у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги ЗОЗ вторинного рівня протоколу ведення пацієнта з гострим апендицитом.
- Наявність у хірургічному відділенні ЗОЗ, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, експертної оцінки ведення пацієнта із ГА.

Рекомендації Всесвітньої Спілки Невідкладної Хірургії (2016).

WSES Jerusalem guid PD ines for diagnosis and treatment of acute appendicitis

Salomone Di Saverio et al.

World Journal of Emergency Surgery 2016, 11:34

<https://doi.org/10.1186/s13017-016-0090-5>

РД – рівень доказовості, СР – ступінь рекомендації.

Діагностична ефективність клінічних скрингових систем

Рекомендація 1.1. Шкала Альварато (зі значенням відсічення < 5) є досить чутливою для виключення гострого апендициту [РД 1, СР А].

Рекомендація 1.2. Шкала Альварато не є досить специфічною для діагностики гострого апендициту [РД 1, СР А].

Рекомендація 1.3. Ідеальний варіант (висока чутливість та специфічність), клінічно придатний, діагностичний метод оцінки/клінічне правило залишається невирішеним. Це залишається сферою для майбутніх досліджень [РД 1, СР В].

Роль візуалізуючих методів дослідження

Рекомендація 2.1. У пацієнтів з підозрою на апендицит рекомендується адаптувати індивідуалізований підхід залежно від вірогідності захворювання, статі та віку пацієнта (РД 2, СР В).

Рекомендація 2.2. Метод візуалізації повинен бути пов'язаний із показниками ризику, такими як шкала AIR або Alvarado (РД 2, СР В).

Рекомендація 2.3. Пацієнтам з низьким ступенем ризику, які поступили до лікарні, при відсутності клінічного поліпшення для підтвердження чи виключення діагнозу апендициту показана абдомінальна КТ (РД 2, СР В).

Рекомендація 2.4. У пацієнтів середнього ризику спостереження та діагностична візуалізація можуть дати переваги (РД 2, СР В).

Рекомендація 2.5. У пацієнтів із високим ступенем ризику (молодше 60 років) можна не проводити доопераційні візуалізуючі дослідження (РД 2, СР В).

Рекомендація 2.6. МРТ рекомендується вагітним із підозрою на апендицит, якщо цей ресурс доступний (РД 2, СР В).

Неопераційне лікування при неускладненому апендициті

Рекомендація 3.1. Антибіотикотерапія може бути успішною у відібраних пацієнтів з неускладненим апендицитом, які хочуть уникнути хірургічного втручання і для яких ризик рецидиву до 38% є прийнятним (РД 1, СР А).

Рекомендація 3.2. Сучасні докази підтримують первинне призначення внутрішньовенних антибіотиків із наступним переходом на пероральні антибіотики (РД 2, СР В).

Рекомендація 3.3. У пацієнтів із нормальними результатами досліджень та симптомами, які не є характерними для апендициту, але діагноз не є виключеним:

- Перед початком операції рекомендується проведення КТ.
- Лапароскопія – це хірургічний підхід до вибору.

Терміни апендектомії та затримки в лікарні

Рекомендація 4.1. Коротке відстрочення хірургічного втручання до 12/24 год є безпечним при неускладненому гострому апендициті й не збільшує ускладнень та/або частоти перфорацій (РД 2, СР В).

Рекомендація 4.2. Оперативне втручання при неускладненому апендициті може бути заплановане для наступного найближчого планового розкладу, можна мінімізувати затримку, де це можливо (з урахуванням комфорту для пацієнта тощо) (РД 2, СР В).

Хірургічне лікування

Рекомендація 5.1. Лапароскопічна апендектомія повинна представляти перший вибір, у відділеннях, де наявні лапароскопічне обладнання та навички, оскільки він має чіткі переваги з точки зору меншої болісності, зниження частоти ранової інфекції, зниження строків госпіталізації, раннього повернення до роботи та загальних витрат (РД 1, СР А).

Рекомендація 5.2. Лапароскопія надає переваги і її слід застосовувати у хворих з ожирінням, літніх пацієнтів та пацієнтів із супутніми захворюваннями (РД 2, СР В).

Рекомендація 5.3. Лапароскопія є доцільною та безпечною у молодих чоловіків, хоча у таких пацієнтів неможливо продемонструвати явних переваг (РД 2, СР В).

Рекомендація 5.4. Лапароскопія не повинна розглядатися як перший вибір при відкритій апендектомії у вагітних (РД 1, СР В).

Рекомендація 5.5. Великої користі не спостерігається при лапароскопічній апендектомії у дітей, але це зменшує перебування в лікарні та загальну морбідність (РД 1, СР А).

Рекомендація 5.6. У досвідчених руках лапароскопія є вигіднішою та економічнішою, ніж відкрита хірургія для ускладненого апендициту (РД 3, СР В).

Рекомендація 5.7. Промивання черевної порожнини не має ніяких переваг перед звичайною аспірацією при ускладненому апендициті (РД 2, СР В).

Рекомендація 5.8. Відсутні клінічні відмінності в результатах, термінах госпіталізації та частоті ускладнень між різними методами, описаними для диссекції брижі (монополярна електрокоагуляція, біполярна енергія, металеві затискачі, ендопетлі, Ligasure, Harmonic Scalpel та ін.) (РД 3, СР В).

Рекомендація 5.9. Монополярна електрокоагуляція та біполярна енергія – це найефективніші з точки зору вартості методи, навіть якщо більше досвіду та технічних навичок потрібно для уникнення можливих ускладнень (наприклад, кровотечі) та теплових ушкоджень (РД 3, СР В).

Рекомендація 5.10. Немає клінічних переваг при використанні ендостеплера над ендопетлею для закриття культи апендиксу як у дорослих, так і у дітей (РД 1, СР А).

Рекомендація 5.11. Ендопетлі можуть бути кращими для зниження витрат, при наявності відповідних навичок (РД 3, СР В).

Рекомендація 5.12. Немає переваг в інвагінації культи апендикса над простою перев'язкою, як у відкритій, так і в лапароскопічній хірургії (РД 2, СР В).

Рекомендація 5.13. Дренажі не рекомендуються при складному апендициті у педіатричних пацієнтів (РД 3, СР В).

Рекомендація 5.14. У дорослих пацієнтів дренування після апендектомії для перфоративного апендициту та абсцесу/перитоніту слід застосовувати з обережністю, враховуючи відсутність доказовості сучасної літератури. Дренування не продемонструвало ніякої ефективності у запобіганні внутрішньочеревних абсцесів, і здається, пов'язане зі збільшенням термінів госпіталізації (РД 1, СР А).

Рекомендація 5.15. Накладення відстрочених швів не видається корисним для зниження ризику виникнення ранової інфекції та збільшення термінів госпіталізації при відкритих апендектоміях із забрудненими/брудними ранами (РД 1, СР А).

Оціночні системи для внутрішньоопераційної класифікації апендициту та їх клінічна корисність

Рекомендація 6.1. Частота несподіваних знахідок у зразках апендектомії є низькою, однак лише інтраопераційного діагнозу недостатньо для виявлення несподіваних захворювань. З існуючих наявних доказів корисним є звичайне гістопатологічне дослідження (РД 2, СР В).

Рекомендація 6.2. Не існує перевіреної системи для гістологічної класифікації гострого апендициту, існують суперечності щодо цієї теми (РД 4, СР С).

Рекомендація 6.3. Макроскопічне оцінювання хірурга ранніх стадій гострого апендициту є неточним (РД 2, СР В).

Рекомендація 6.4. Якщо апендикс виглядає «нормальним» під час операції, і у пацієнта із симптоматикою не виявлено жодної іншої хвороби, рекомендується видалення у будь-якому випадку (РД 4, СР С).

Рекомендація 6.5. Рекомендується прийняття системи класифікації гострого апендициту на основі клінічних проявів, результатів візуалізуючих методів дослідження та оперативних результатів, які дозволяють ідентифікувати однорідні групи пацієнтів, визначаючи оптимальне лікування захворювань та порівнюючи терапевтичні методи (РД 2, СР В).

Нехірургічне лікування при ускладненому апендициті: абсцес або флегмона

Рекомендація 7.1. Черезшкірний дренаж периапендикулярних абсцесів, якщо вони є доступними, є належним лікуванням на додаток до антибіотиків при ускладненому апендициті (РД 2, СР В).

Рекомендація 7.2. Неоперативне лікування – це розумна тактика лікування першої лінії апендициту при флегмоні або абсцесі (РД 1, СР А).

Рекомендація 7.3. У досвідчених руках оперативне лікування гострого апендициту з флегмонами або абсцесом є безпечною альтернативою неоперативному лікуванню (РД 2, LOR В).

Рекомендація 7.4. Інтервальна апендектомія не рекомендується як рутинне лікування як у дорослих, так і у дітей (РД 1, СР А).

Рекомендація 7.5. Інтервальна апендектомія рекомендується для пацієнтів з рецидивуючими симптомами гострого апендициту (РД 2, LOR В).

Рекомендація 7.6. Дослідження ободової кишки повинно проводитись у пацієнтів > 40 років при неоперативному лікуванні апендициту (РД 3, LOR С).

Передопераційне та післяопераційне введення антибіотиків

Рекомендація 8.1. У пацієнтів з гострим апендицитом завжди рекомендується використовувати передопераційне введення антибіотиків широкого спектру (РД 1, СР А).

Рекомендація 8.2. Для пацієнтів з неускладненим апендицитом не рекомендуються післяопераційні антибіотики (РД 2, СР В).

Рекомендація 8.3. У пацієнтів з ускладненим гострим апендицитом завжди рекомендуються антибіотики широкого спектру для післяопераційного лікування (РД 2, СР В).

Рекомендація 8.4. Хоча припинення антимікробної терапії повинно базуватися на клінічних та лабораторних критеріях, таких як температура та лейкоцитоз, загалом рекомендується період 3-5 днів для дорослих пацієнтів (РД 2, СР В).

3.2. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим холециститом в умовах стаціонару

I. Паспортна частина

Нозологія. Гострий холецистит.

Код по МКХ – К 81.0.

Протокол призначений для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам із гострим холециститом.

Мета протоколу. Окреслити комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим із гострим холециститом старше 18 років шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

II. Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гострий холецистит» в умовах стаціонару

(залежно від форми запалення жовчного міхура та ускладненості перебігу захворювання)

Діагноз ГХ встановлюється на основі симптомів, наявних у пацієнта, методами доопераційного лабораторного та інструментального досліджень. Лікувальна тактика при гострому холециститі, залежно від клінічного перебігу захворювання, залежить від клінічних проявів захворювання.

Переважа на початковому етапі надається консервативній терапії з динамічним наглядом за перебігом захворювання (**схема 3.2**). Остаточний клінічний діагноз формулюється після закінчення лікування хворого. У неоперованих хворих за наявності конкрементів рекомендується планова операція (за відсутності протипоказань до операції), а у прооперованих хворих діагноз формулюється інтраопераційною візуалізацією та остаточно уточнюється гістологічною верифікацією форми запалення жовчного міхура.

Клініко-статистична класифікація (дає можливість формувати повноцінний клінічний діагноз, в тому числі й із застосуванням інформаційних технологій, та надає можливість формувати моделі клінічних випадків, які є основою для формування витрат та ресурсів для надання медичної допомоги).

К 81.0 Гострий холецистит

Макет клінічного діагнозу: Гострий { V_x } холецистит { M_x форма, } { ускладнений O_x }

Вид холециститу:

V₁ – калькульозний.

V₂ – безкам'яний.

Форма запалення:

M₁ – катаральна.

M₂ – флегмонозна.

M₃ – гангренозна.

M₄ – гангренозно-перфоративна.

Ускладнення:

O₁ – емпієма жовчного міхура.

O₂ – водянка жовчного міхура.

O₃ – приміхуровий абсцес.

O₄ – холангіт.

O₅ – перитоніт обмежений.

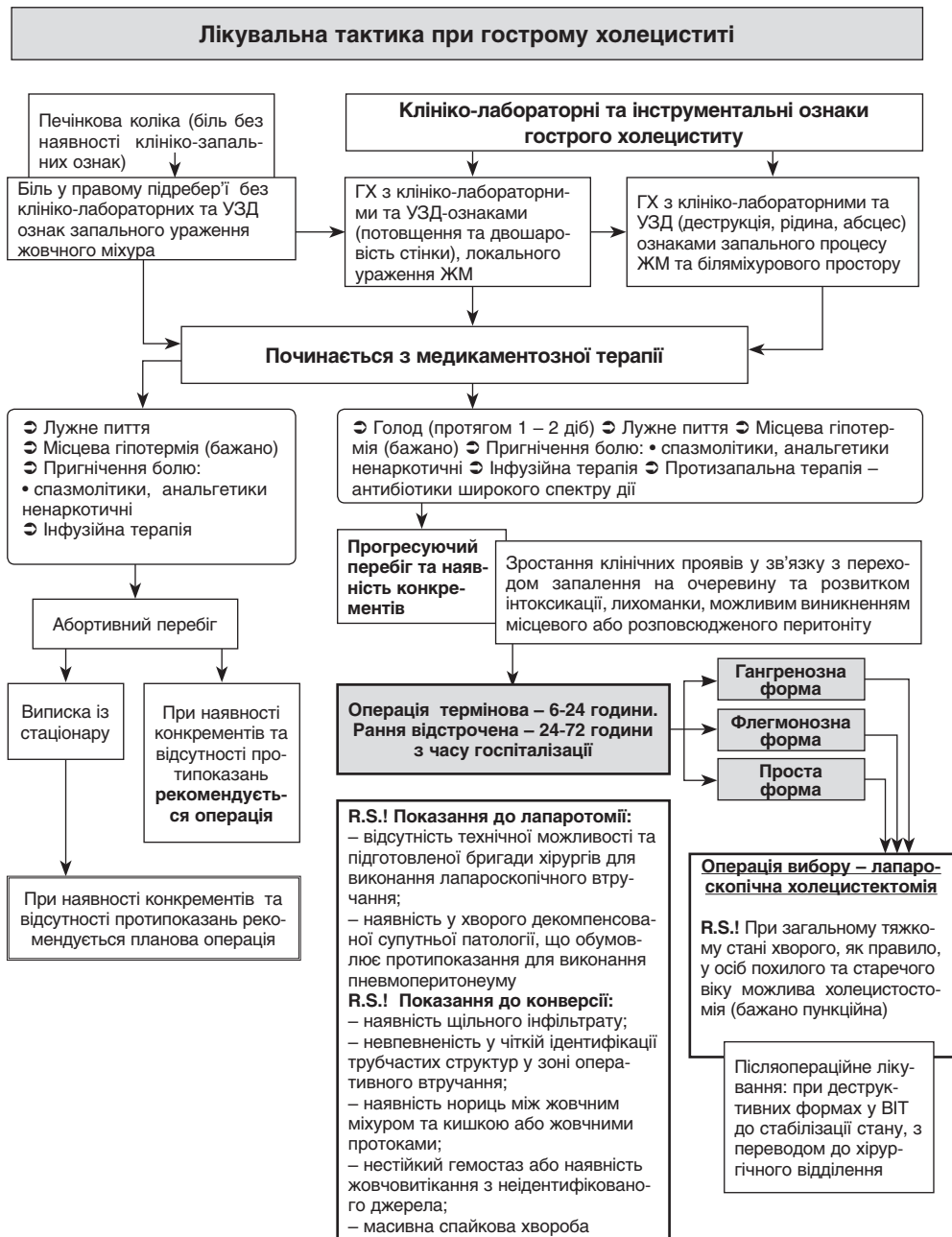
O₅ – перитоніт розповсюджений.

O₆ – біліарно-кишкова нориця.

O₇ – механічна жовтяниця.

Схема 3.2

Алгоритм хірургічного лікування гострого холецистити



Моделі клінічних випадків, які використовуються в уніфікованому протоколі

Модель клінічного випадку № 1 – Печінкова колика.

Модель клінічного випадку № 2 – Гострий холецистит, катаральна форма.
Гострий холецистит, флегмонозна форма.

Модель клінічного випадку № 3 – Гострий холецистит, гангrenoзна форма,
ускладнений приміхуровим абсцесом.
Гострий холецистит, гангrenoзна форма,
ускладнений обмеженим перитонітом.

Модель клінічного випадку № 4 – Гострий холецистит, гангrenoзно-перфоративна
форма, ускладнений розповсюдженим перитонітом.

Модель клінічного випадку № 5 – Гострий холецистит, ускладнений механічною
жовтяницею.

Алгоритм дій зазначається окремо для різних макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Модель клінічного випадку № 1 – Печінкова колика

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	ASGE Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in the evaluation of suspected cholelithiasis / JT Maple et al. // Gastrointest Endosc. 2010;71(1):1–9. 2016 WSES guidelines on grave calculous cholecystitis/ L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery 2016;11:25	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та результати клінічних аналізів крові та сечі, при цьому не спостерігаються запальні зміни. 2. Виконується УЗД органів черевної порожнини з оцінкою стану стінки жовчного міхура та його вмісту, позапечінкових жовчних протоків та підшлункової залози (не спостерігаються ознаки запалення з боку жовчного міхура, може бути виявлена ЖКХ). 3. Виконується ЕГДС для виключення патології шлунка і ДПК (за показаннями). 4. Виконується первинна ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо вона не виконувалась у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 5. Призначається медикаментозна терапія, ефективність якої оцінюється упродовж 24 годин
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - обмеження вживання їжі; - лужне пиття; - знеболююча терапія (спазмолітики, анальгетики); - інфузійна терапія. 2. Упродовж 12-24 годин від початку медикаментозної терапії зникають ознаки печінкової кольки
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки пацієнта: зникнення клінічних ознак печінкової кольки, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Рекомендації пацієнту за наявності ЖКХ: спостереження у гастроентеролога, планова операція за умов відсутності протипоказань. За відсутності ЖКХ: спостереження у лікаря загальної практики

**Модель клінічного випадку № 2 – Гострий холецистит, катаральна форма
Гострий холецистит, флегмонозна форма**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	ASGE Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in the evaluation of suspected chole-docholithiasis / JT Maple et al. // Gastrointest Endosc. 2010;71(1):1–9. 2016 WSES guidelines on grave calculous cholecystitis/ L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery 2016;11:25	Обов'язкові методи: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічних аналізах крові та сечі. 2. Виконується УЗД органів черевної порожнини з оцінкою стану стінки жовчного міхура та його вмісту, позапечічкових жовчних протоків та підшлункової залози. 3. Виконується ЕГДС для виключення патології шлунка і ДПК (за показаннями). 4. Виконується первинна ЕКГ, якщо вона не виконувалась у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 5. Призначається медикаментозна терапія, ефективність якої оцінюється упродовж 24-48 годин за клінічними проявами, динамікою запальних змін у ЗАК та динамікою змін за даними повторного УЗД. 6. За наявності позитивного ефекту від медикаментозної терапії, остання продовжується до повної ліквідації проявів ГХ, терапія продовжується також за наявності протипоказань до операції або при відмові хворого від операції. 7. За відсутності у хворого позитивної динаміки на фоні медикаментозної терапії він оглядається анестезіологом, який оцінює ризики наркозу, характер та тяжкість супутньої патології, вносить сумісно з хірургом корективи в медикаментозну терапію, що є і підготовкою хворого до можливої операції (огляд анестезіолога оформлюється листом огляду). 8. За умов неефективності медикаментозного лікування у хворих на калькульозний або безкам'яний ГХ протягом 24-72 години формулюються показання до хірургічного втручання. 9. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий, та сумісно з анестезіологом знайомлять хворого та, при наявності, його представників, з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 10. До операції виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності, коагулограму
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Лікування хворого починають з медикаментозної терапії: - обмеження прийому їжі; - лужне пиття; - знеболююча терапія (спазмолітики, анальгетики); - антибіотикотерапія; - інфузійна терапія. 2. Упродовж 24-48 годин від початку медикаментозної терапії проводиться динамічне спостереження за станом хворого, повторно виконується ЗАК та УЗД. 3. Підготовка хворого до операції: промивання шлунка (за показаннями), депіляція (мазь для депіляції, стрижка машинкою) волосся в області хірургічного доступу. 4. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		5. Антибіотикопрофілактика (проводиться тоді, коли не проводилась АБТ) починається за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.1). 6. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.7). 7. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 8. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 9. Хірургічне втручання – лапароскопічна холецистектомія (за наявності щільного інфільтрату, при неможливості чіткої ідентифікації структур шийки ЖМ і гепатодуоденальної зв'язки, масивному спайковому процесі виконується перехід на ВХ); за відсутності відеолапароскопічного обладнання, наявності протипоказань до ЛХ, відмові хворого від ЛХ може використовуватись холецистектомія із лапаротомного або мінілапаротомного доступу. 10. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожен день в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показаннями); - перев'язки; - видалення дренажу з черевної порожнини після 2 доби з урахуванням кількості виділень; - харчування (першу добу після операції – вода до 1 л; друга доба – вода, чай, кефір, бульйон (обсяг – до 1,5 л), з третьої доби – розширення дієти за рекомендаціями дієтолога); - лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури за показаннями
Виписка з рекомендації-ми (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи:	
	1. Критерії виписки пацієнта: - не оперований: зникнення клінічних проявів ГХ, нормотермія, зникнення змін у ЗАК, потоншення стінки жовчного міхура, зменшення об'єму міхура за даними динамічного УЗД; - оперований: виписуються при поновленні моторно-евакуаторної функції травного тракту, нормотермії, нормалізації показників ЗАК. 2. Рекомендації пацієнтам, яким виконувалась холецистектомія: нагляд хірурга поліклініки протягом 1 міс., лікаря загальної практики, лікаря-гастроентеролога, суміжних спеціалістів за показаннями. 3. Рекомендації неоперованому пацієнту: нагляд гастроентеролога, за наявності ЖКХ – планова операція. 4. За необхідності – нагляд суміжних фахівців (кардіолога та ін.)	

**Модель клінічного випадку № 3 –
Гострий холецистит, гангренозна форма, ускладнений приміхуровим абсцесом
Гострий холецистит, гангренозна форма, ускладнений місцевим перитонітом**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	ASGE Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis / JT Maple et al. // Gastrointest Endosc. 2010;71(1):1–9. 2016 WSES guidelines on grave calculous cholecystitis/ L. Ansaldi et al. // World Journal of Emergency Surgery 2016;11:25	Обов'язкові методи: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого виконуються повторні аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, іонограма, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь гіповолемії та ін. 2. При наявності вітальних порушень (нестабільна гемодинаміка, дихальна та ниркова недостатність, інтоксикація) вирішується питання про необхідність лікування хворого в умовах ВІТ. 3. Виконується УЗД органів черевної порожнини з оцінкою стану стінки жовчного міхура та його вмісту, позапечічкових жовчних протоків та підшлункової залози, наявності вільної рідини в черевній порожнині (за показаннями – дослідження в динаміці). 4. Виконується ЕГДС для виключення патології шлунка і ДПК (за показаннями). 5. Після визначення показань до операції хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинна ЕКГ, якщо вона не виконувалась у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 8. У процесі проведення медикаментозної терапії проводиться корекція гіповолемії, функції інших органів і систем. 9. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий та, сумісно з анестезіологом, знайомлять хворого чи, за наявності, його представників з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 10. Наявність клініки параміхурового абсцесу чи поява ознак перитоніту обумовлює абсолютні показання до термінового хірургічного втручання. Бажані методи діагностики – КТ органів черевної порожнини
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Лікування хворого починають з медикаментозної терапії: - обмеження прийому їжі; - лужне пиття; - знеболююча терапія (спазмолітики, анальгетики); - антибіотикотерапія; - інфузійна терапія. 2. Упродовж 24-48 годин від початку медикаментозної терапії проводиться динамічне спостереження за станом хворого, повторно виконується ЗАК та УЗД. 3. Підготовка хворого до операції виконується в процесі проведення інтенсивної терапії (промивання шлунка, депіляція (мазь для епіляції, стрижка машинкою) волосся в області хірургічного доступу). 4. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 5. Антибіотики широкого спектру дії призначаються при надходженні хворого до стаціонару, у процесі проведення підготовки до операції (Розділ 4.2).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		6. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед вводним знеболенням (Розділ 4.7). 7. Знеболення (Розділ 4.7). 8. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 9. Хірургічне втручання: - діагностична лапароскопія. - Виконується ревзія черевної порожнини, в ході якої уточнюється розповсюдження запального процесу або перитоніту та його причина, характер випоту, локалізація та виразність інфільтрату навколо жовчного міхура. Визначається технічна можливість виконання ЛХ. Обсяг втручання: лапароскопічна холецистектомія, розкриття та дренування приміхурового абсцесу, санація та дренування черевної порожнини із забором вмісту абсцесу та черевної порожнини для бактеріологічного дослідження; - за наявності гнійного чи фібринозного дифузного перитоніту (за показаннями) виконується лапаротомія (якщо операцію неможливо виконати лапароскопічно); - доступ – верхньосерединна лапаротомія, виконується ревзія органів черевної порожнини, в ході якої уточнюється розповсюдження перитоніту та його причина; - проводиться забір патологічного вмісту із черевної порожнини для бактеріологічного дослідження; - після видалення жовчного міхура черевна порожнина промивається; - черевна порожнина дренується трубчастими дренажами. 10. Післяопераційне лікування: - проводиться у відділенні інтенсивної терапії за умов наявності вітальних розладів до стабілізації стану і нормалізації моторно-евакуаторної функції травного тракту; - нагляд за хворим, відображення його стану в карті стаціонарного хворого 4 рази на добу, а за необхідності – частіше; - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки; - видалення дренажів з черевної порожнини із 3-4 доби з урахуванням кількості виділень; - харчування з урахуванням характеру операції, функціонального стану органів травного тракту; - лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури за показаннями; - при стабілізації вітальних порушень – переведення до хірургічного відділення
Виписка з рекомендацій (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи:	1. Критерії виписки: стабілізація стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції травного тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційних ран), лікаря загальної практики, лікаря-гастроентеролога. 3. За необхідності – нагляд суміжних фахівців (кардіолога та ін.)

**Модель клінічного випадку № 4 – Гострий холецистит,
гангренозно-перфоративна форма, ускладнений розлитим перитонітом**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	ASGE Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in the evaluation of suspected chole-docholithiasis / JT Maple et al. // Gastrointest Endosc. 2010;71(1):1–9. 2016 WSES guidelines on grave calculous cholecystitis/ L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery 2016;11:25	Обов'язкові методи діагностики: 1. При надходженні хворого з клінічними ознаками перитоніту хворий госпіталізується до відділення інтенсивної терапії, оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 2. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого, повторюються аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь гіповолемії та ін. за показаннями. 3. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 4. Виконується первинна ЕКГ, якщо вона не виконувалась у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 5. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією гіповолемії, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого (термін підготовки – до 3 годин)). 6. Лікар-хірург оформлює передопераційний епікриз, який підписує хворий та, сумісно з анестезіологом, знайомлять хворого та його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 7. Наявність клініки розповсюдженого перитоніту обумовлює абсолютні показання до екстреного хірургічного втручання. Бажані методи діагностики УЗД органів черевної порожнини з оцінкою стану стінки жовчного міхура та його вмісту, позапечічкових жовчних протоків та підшлункової залози, наявність вільної рідини в черевній порожнині
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування (дивись «Уніфікований протокол медичної допомоги при перитоніті»): 1. Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризація центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - оксигенотерапія; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функції життєво важливих органів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		2. Протягом проведення інтенсивної терапії проводиться моніторинг вітальних функцій. 3. Підготовка хворого до операції виконується в процесі проведення інтенсивної терапії (промивання шлунка, депіляція (мазь для епіляції, стрижка машинкою) волосся в області хірургічного доступу). 4. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 5. Антибіотики широкого спектру дії призначаються при надходженні хворого до стаціонару, у процесі проведення підготовки до операції (Розділ 4.2). 6. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введеним наркозом (Розділ 4.7). 7. Знеболення (Розділ 4.7). 8. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.7). 9. Хірургічне втручання: - доступ – верхньосередина лапаротомія, ревізія черевної порожнини, в ході якої уточнюється розповсюдженість перитоніту та його причина; - проводиться забір патологічного вмісту із черевної порожнини для бактеріологічного дослідження; - черевна порожнина висушується, уточнюється причина перитоніту; - при підтвердженні діагнозу ГХ – виконується холецистектомія; - після видалення жовчного міхура черевна порожнина промивається (вирішується питання про необхідність інтубації тонкої кишки); - черевна порожнина широко дрениується трубчастими дренажами; - при плануванні запрограмованих повторних санацій черевної порожнини застосовуються тимчасові провізорні шви черевної стінки або, за необхідності, використовується той чи інший вид лапаростомії. 10. Післяопераційне лікування: - проводиться у відділенні інтенсивної терапії до стабілізації вітальних розладів та нормалізації моторно-евакуаторної функції травного тракту, із наступним переведенням до хірургічного відділення; - нагляд за хворим, відображення його стану в карті стаціонарного хворого 4 рази на добу, а при необхідності – частіше; - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки; - видалення дренажів з черевної порожнини з 2-5 доби з урахуванням кількості виділень; - харчування з урахуванням характеру операції, функціонального стану органів травного тракту; - лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури за показаннями

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Виписка з рекомендації (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: стабілізація стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції травного тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційних ран), лікаря загальної практики, лікаря-гастроентеролога. 3. За необхідності – нагляд суміжних фахівців (кардіолога та ін.).

**Модель клінічного випадку № 5 –
Гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	ASGE Standards of Practice Committee, The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis / JT Maple et al. // <i>Gastrointest Endosc.</i> 2010;71(1):1–9. 2016 WSES guidelines on grave calculous cholecystitis/ L. Ansaloni et al. // <i>World Journal of Emergency Surgery</i> 2016;11:25	Обов'язкові методи діагностики: 1. Залежно від виразності жовтяниці, запальних явищ та стану тяжкості хворого, госпіталізація проводиться до ВІТ або хірургії. 2. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі з урахуванням ступеня важкості стану хворого, виконуються повторні аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові (зокрема білірубін та його фракції, АСТ, АЛТ, ЩФ), електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь гіповолемії та ін. за показаннями. 3. Виконується УЗД органів черевної порожнини з оцінкою стану стінки жовчного міхура та його вмісту, ширини позапечічкових жовчних протоків та підшлункової залози, наявності конкрементів у протоках. 4. Виконується ЕГДС для виключення патології шлунка і ДПК та великого дуоденального сосочка. 5. При клініко-лабораторних ознаках механічної жовтяниці показана М – РХПГ (виконання РХПГ призводить до загострення холангіту). 6. При надходженні до стаціонару хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до інвазивних досліджень та операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 7. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 8. Виконується первинна ЕКГ у пацієнтів, якщо вона не виконувалась у прийимальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 9. В процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до можливої операції, лікар-анестезіолог займається корекцією гіповолемії, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого). 10. При показаннях до операції лікар-хірург оформлює перед-операційний епікриз, який підписує хворий, та разом з анестезіологом знайомлять хворого та його представників (якщо вони є) з інформованою згодою на операцію та знеболення, яку пацієнт і підписує. 11. Наявність механічної жовтяниці у хворого з гострим холециститом є приводом до операції за абсолютними показаннями. Бажані методи діагностики – КТ, МРТ, РХПГ

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції виконується в процесі проведення інтенсивної терапії (промивання шлунка, депіляція (мазь для епіляції, стрижка машинкою) волосся в області хірургічного доступу). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень при механічній жовтяниці не призначається. 3. Антибіотики широкого спектру дії призначаються при клінічних проявах холангіту (Розділ 4.2). 4. Характер та обсяг операції вирішується консиліумом. 5. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введеним наркозом (Розділ 4.7). 6. Знеболення (Розділ 4.7). 7. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 8. Хірургічне втручання: - А). При наявності деструкції жовчного міхура та механічній жовтяниці: – Лапаротомія, холецистектомія, холедохолітомія, зовнішнє дренирування холедоха. - В ході операції виконується ревізія черевної порожнини, в ході якої уточнюється причина жовтяниці. Холецистектомія від шийки або дна. При встановленому до операції холедохолітіазі виконується холедохолітомія, зовнішнє дренирування холедоха. Дренирування черевної порожнини. - Б). При невиражених клінічних проявах запалення жовчного міхура та холедохолітіазі: – Перед хірургічним втручанням проводиться РХПГ з папілотомією та літоекстракцією. Через 1-2 доби виконується лапароскопічна холецистектомія. За відсутності технічної можливості РХПГ та літоекстракції, при її невдачі, при відмові хворого виконується відкрита холецистектомія (за наявності обладнання та підготовленого персоналу, операція може бути виконана лапароскопічно). 9. Післяопераційне лікування: - проводиться у відділенні інтенсивної терапії до стабілізації вітальних розладів та нормалізації моторно-евакуаторної функції травного тракту; - нагляд за хворим, відображення його стану в карті стаціонарного хворого 2-3 рази на добу, а при необхідності – частіше; - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки. 10. При стабілізації вітальних розладів та нормалізації моторно-евакуаторної функції ШКТ переводиться до хірургічного відділення: - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки. 10. За наявності зовнішнього дренажу холедоха, на 6-7 добу виконують рентгенологічне дослідження протокової системи. Отримані дані дозволяють планувати подальшу тактику лікування. За умов прохідності протоків із 7-8 доби створюють умови для збільшення тиску у дренажній трубці (проводять тренування): на деякий час затискають, піднімають над рівнем ліжка. Дренажі видаляють після припинення виділення жовчі на 14-16 добу (в разі прохідності жовчовивідних протоків)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Виписка з рекомендацій (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи	
	1. Критерії виписки: стабілізація стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. При необхідності хворий може бути виписаний із дренажем у протоці.	
	2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційних ран, вирішення питання про видалення дренажу) та лікаря загальної практики.	
	3. За необхідності – консультація суміжних фахівців (гастроентеролога, терапевта та ін.)	

3.0. Догляд хворого після виписки із стаціонару.

Основні положення протоколу після виписки із стаціонару. Хворі, проліковані з приводу печінкової кольки або гострого холециститу в хірургічному стаціонарі, після виписки направляються для подальшого спостереження та реабілітації до сімейних лікарів, а пацієнти, які перенесли хірургічне втручання, – до хірургів вторинної амбулаторної ланки. У процесі нагляду сімейні лікарі спостерігають за загальним станом пацієнтів та функціональним станом органів травлення. Неоперовані хворі з наявністю калькульозного холециститу беруться під диспансерний нагляд і їм надається інформація про потребу планової операції.

Оперовані пацієнти спостерігаються хіругом, який оцінює стан післяопераційної рани, функціонування органів ШКТ та інших змін в організмі, які можуть виникнути протягом місяця після операції.

Тривалість перебування хворого на лікарняному коливається від 2 до 4 тижнів, залежно від характеру та тяжкості захворювання, форми запалення, наявності ускладнень, віку та професії пацієнта, а також об'єму та складності оперативного втручання, наявності післяопераційних ускладнень.

Обґрунтування основних положень протоколу після виписки із стаціонару. Метою спостереження й реабілітації хворих на цьому етапі є нормалізація функцій ШКТ та відновлення працездатності. Тривалість спостереження хіругом поліклініки залежить від наявності чи відсутності ускладнень у пролікованих хворих, загального соматичного стану та професії пацієнта.

Необхідні (обов'язкові) дії лікаря щодо виконання основних положень протоколу:

1. Контроль загального стану пацієнта.
2. Контроль на динамікою загоєння післяопераційної рани, при необхідності – зняття швів та виконання перев'язок.
3. Контроль динаміки лабораторних показників (ЗАК, ЗАС), обов'язково перед закриттям листка непрацездатності.
4. Надання рекомендацій щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

Рекомендації Всесвітньої Спілки Невідкладної Хірургії (2016)

2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis

L. Ansaloni et al. *World Journal of Emergency Surgery* 2016 11:25

<https://doi.org/10.1186/s13017-016-0082-5>

РД – рівень доказовості, СР – ступінь рекомендації.

Діагностика гострого холециститу

Рекомендація 1.1. Немає жодних клінічних або лабораторних ознак, що мають достатню діагностичну точність для встановлення або виключення діагнозу гострого холециститу (РД 2,

CP B). Поєднання детальної анамнезу, повного клінічного огляду та лабораторних аналізів є підґрунтям для встановлення точного діагнозу гострого холециститу (ГХ) (РД 4, CP C).

Рекомендація 1.2. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (AUS) – це переважно методика первинного дослідження пацієнтів, у яких клінічно підозрюється наявність ГХ через низьку вартість, високу доступність, відсутність інвазивності та високу точність виявлення каменів жовчного міхура (РД 2, CP B).

Рекомендація 1.3. Ультразвукове дослідження є досить надійним методом, але його чутливість та специфічність для діагностики АСС відносно низька для існуючих діагностичних критеріїв (РД 3, CP C).

Рекомендація 1.4. Доказова база щодо діагностичної точності комп'ютерної томографії (КТ) є недостатньою. Діагностична точність магнітно-резонансної томографії (МРТ) може бути схожа із УЗД, що підтверджено малою кількістю даних. Радіонуклідне сканування гепатобіліарної системи з використанням імінодіацетної кислоти (HIDA) має найвищу чутливість та специфічність при гострому холециститі, проте його недостатня наявність у лікувальних закладах, тривалий час, необхідний для проведення тесту, та вплив іонізуючого випромінювання обмежують його використання (РД 2, CP B).

Рекомендація 1.5. Рекомендується об'єднати клінічні, лабораторні та дані візуалізуючих досліджень, хоча краща комбінація ще не відома (РД 4, CP C).

Лікування гострого холециститу

Рекомендація 2.1. За наявності ГХ немає підстав для використання методів розчинення жовчних каменів, дистанційної ударно-хвильової літотрипсії (ESWL) або їх комбінації (РД 2, CP B).

Рекомендація 2.2. Оскільки немає повідомлень про хірургічне видалення жовчного каменя при ГХ, основним варіантом залишається операція у вигляді холецистектомії (РД 4, CP C).

Рекомендація 2.3. При ГХ оперативне лікування є ефективнішим, ніж спостереження з погляду на клінічні результати. При спостереженні відзначаються більші витрати за рахунок ускладнень холедохолітазу та високої частоти повторних госпіталізацій з наступним хірургічним втручанням (РД 3, CP C).

Рекомендація 2.4. Антибіотики слід пропонувати як допоміжний засіб; вони ефективні при лікуванні першого епізоду ГХ, але можна очікувати високу частоту рецидиву. Хірургія є ефективнішою, ніж антибіотики, при лікуванні ГХ (РД 2, CP C).

Рекомендація 2.5. Холецистектомія є золотим стандартом лікування ГХ (РД 3, CP C).

Рекомендація 2.6. Якщо операція неможлива, слід призначити антибіотики та анальгетики, і направити до хірургічного центру (залежно від загального стану) через високий рівень побічних явищ, пов'язаних із жовчнокам'яною хворобою (РД 5, CP D).

Антибактеріальна терапія гострого холециститу

Рекомендація 3.1. Пацієнти з неускладненим холециститом не потребують призначення антибіотиків після операції, якщо вогнище інфікування контролюється холецистектомією (РД 1, CP B).

Рекомендація 3.2. При ускладненому гострому холециститі антимікробні схеми залежать від передбачуваних патогенних мікроорганізмів та факторів ризику резистентності (РД 3, CP B).

Рекомендація 3.3. Результати мікробіологічного аналізу допомагають розробляти цільові терапевтичні стратегії для окремих пацієнтів для призначення антибіотикотерапії та забезпечення адекватного антимікробного ефекту у пацієнтів із ускладненим холециститом та високим ступенем ризику антимікробної резистентності (РД 3, CP C).

Вибір пацієнта: стратифікація ризиків

Рекомендація 4.1. Вік пацієнта старше 80 років у ГХ є фактором ризику гіршого клінічного перебігу, морбідності та смертності (РД 3, CP B).

Рекомендація 4.2. Наявність супутнього цукрового діабету не є протипоказанням до ургентного оперативного втручання, проте його необхідно враховувати як частину загальної супутньої патології пацієнта (РД 3, CP C).

Рекомендація 4.3. В даний час немає жодної ефективної системи скорінгу щодо оцінки ризику пацієнта при хірургічному лікуванні ГХК. ASA, POSSUM і APACHE II співвідносяться з хірургічним ризиком у пацієнтів з перфорацією жовчного міхура, із вищою точністю APACHE II. Тим не менше, APACHE II розроблено для прогнозування захворюваності та смертності пацієнтів, що надійшли до відділення інтенсивної терапії: його використання для передопераційної оцінки слід розглядати як розширене використання первісної концепції (РД 4, СР С). Отже, проспективні та багатоцентрові дослідження необхідні для порівняння різних факторів ризику та систем скорінгу.

Терміни виконання холецистектомії при гострому холециститі

Рекомендація 5.1. Рання лапароскопічна холецистектомія у хворих на ГХ краща, ніж відстрочена, якщо вона виконана протягом 10 днів після появи симптомів (РД 1, СР А).

Рекомендація 5.2. Лапароскопічна холецистектомія не повинна пропонуватися пацієнтам пізніше 10 днів від початку симптомів, якщо немає симптомів, які свідчать про погіршення, розвиток перитоніту або сепсису, що вимагають екстреного хірургічного втручання. Якщо симптоми спостерігаються більш ніж 10 днів симптомів, затримка холецистектомії на 45 днів краще, ніж негайна операція (РД 2, СР В).

Рекомендація 5.3. Рання лапароскопічна холецистектомія повинна бути проведена якомога швидше, але може бути виконана до 10 днів після появи симптомів (РД 1, СР А). Проте слід зазначити, що більш рання операція пов'язана зі скороченням перебування в лікарні та меншою кількістю ускладнень (РД 2, СР В).

Рекомендація 6.1. При ГХ оперативне втручання слід починати з лапароскопічного доступу, за винятком випадків абсолютних анестезіологічних протипоказань або септичного шоку (РД 2, СР В).

Рекомендація 6.2. Лапароскопічна холецистектомія при ГХ безпечна, доцільна, з низькою частотою ускладнень і пов'язана зі скороченням часу госпіталізації (РД 1, СР А).

Рекомендація 6.3. Серед пацієнтів з високим ступенем ризику, наприклад, хворих на цироз печінки класів А та В за класифікацією Child, хворих похилого віку > 80 років або вагітних жінок, лапароскопічна холецистектомія для ГХ є доцільною та безпечною (РД 3, СР С).

Рекомендація 6.4. Лапароскопічна або відкрита субтотальна холецистектомія є прийнятною при вираженому запаленні, гангренозному холециститі або будь-якому стані «складного жовчного міхура», де анатомію важко розпізнавати, і присутня більша ймовірність травми холедоху (РД 2, СР А).

Рекомендація 6.5. У випадку сильного локального запалення, спайок, кровотечі в трикутнику Кало або підозри на пошкодження жовчних проток рекомендується перехід до відкритого втручання (РД 3, СР В).

Холедохолітіаз

Рекомендація 7.1. Підвищення рівня ферментів печінки та/або рівня білірубину не є достатнім для виявлення хворих з холедохолітіазом і потребує подальших діагностичних тестів (РД 2, СР В).

Рекомендація 7.2. При УЗД візуалізація каменів холедоху є важливою ознакою холедохолітіазу (РД 5, СР D). Наявність непрямих ознак наявності каменю, наприклад, підвищеного діаметру загального жовчного протоку, недостатньо для виявлення хворих на холедохолітіаз, необхідні подальші діагностичні тести (РД 1, СР А).

Рекомендація 7.3. Аналіз біохімічних показників функції печінки, включаючи АЛТ, АСТ, білірубін, ЩФ, гамма-глутамілтрансферазу (GGT), та абдомінальне УЗД повинні проводитися у всіх пацієнтів із ГХ для оцінки ризику холедохолітіазу (РД 2, СР В).

Рекомендація 7.4. Загальний ризик холедохолітіазу повинен бути стратифікованим відповідно до модифікованої класифікації,* American Society of Gastrointestinal Endoscopy та Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeon Guidelines (РД 5, СР D).

Прогностичні фактори холедохолітазу	
Дуже сильний	УЗ ознаки каменя холедоху
Сильний	Діаметр холедоху > 6 мм (за наявності жовчного міхура)
	Загальний білірубін > 20 мг/дл
	Рівень білірубину 1,8 до 4 мг/дл
Середній	Відхилення від нормального рівня інших показників функції печінки (крім білірубину)
	Вік – старше 55 років
	Клінічні прояви жовчокам'яного панкреатиту
Ступені ризику холедохолітазу	
Високий	Наявність будь-якого «дуже сильного» фактору
Низький	Відсутність прогностичного фактору
Помірний	Решта пацієнтів

*ASGE Standards of Practice Committee, Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.* 2010; 71(1):1-9. 10.1016/j.gie.2009.09.041.

Рекомендація 7.5. Наявність ознак помірного ризику холедохолітазу є показанням до проведення передопераційного РХПГ, інтраопераційної холангіографії, ендоскопічного чи лапароскопічного УЗД за наявності обладнання і досвіду його використання (РД 1, СР А).

Рекомендація 7.6. Наявність ознак високого ризику холедохолітазу є показанням до проведення передопераційного РХПГ, інтраопераційної холангіографії, лапароскопічного УЗД за наявності обладнання і досвіду його використання (РД 1, СР А).

Рекомендація 7.7. Каміні холедоха можуть бути видалені до (РХПХГ зі сфінктеротомією), під час (РХПХГ зі сфінктеротомією, лапароскопічне або відкрите втручання на протоці) або після операції (РХПХГ зі сфінктеротомією), залежно від досвіду і наявності обладнання (РД 1, СР А).

Альтернативне лікування гострого холециститу у пацієнтів високого ризику

Рекомендація 8.1. Дренаж жовчного міхура разом з антибіотикотерапією переводить септичний холецистит у несептичний стан, проте рівень доказовості низький (РД 4, СР С).

Рекомендація 8.2. Серед стандартизованих методів дренування жовчного міхура через шкіру черезпечінковий дренаж жовчного міхура загалом визнається як переважаюча методика через легкість виконання та незначні витрати (РД 4, СР С).

Рекомендація 8.3. Перкутанна холецистостомія є альтернативою оперативного лікування у пацієнтів при неефективності консервативного лікування у невеликій кількості пацієнтів, яким не показано невідкладне хірургічне втручання за наявності тяжкої супутньої патології (РД 2, СР В).

Рекомендація 8.4. Відстрочена лапароскопічна холецистектомія може бути проведена пацієнтам після зменшення хірургічних і анестезіологічних ризиків для скорочення строків госпіталізації (РД 5, СР D).

3.3. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим панкреатитом в умовах стаціонару

- 1. Нозологія.** Гострий панкреатит.
- 2. Код по МКХ – К 85.**
- 3. Протокол призначений** для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гострим панкреатитом.
- 4. Мета протоколу.** Сформувати комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим із гострим панкреатитом шляхом визначення обсягів і об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

Загальна частина: Уніфіковані алгоритми з надання діагностичної та лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гострий панкреатит» в умовах стаціонару

(залежно від ступеня тяжкості, наявності некротичних змін та ускладненості перебігу)

Діагноз ГП та розповсюдженість ураження ПЗ встановлюється на основі наявних у пацієнта клінічних симптомів методами доопераційних лабораторних та інструментальних досліджень, спостереженням за хворим у процесі лікування.

Алгоритм лікувальної тактики ГП наведений у **схемі 3.3** (алгоритм медикаментозного лікування), у **схемі 3.4** (алгоритм хірургічного лікування) і таблично окреслені етапи лікування, які подані залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Лікувальна тактика при гострому панкреатиті зазнала значних змін. Зокрема численні рандомізовані дослідження останніх років заперечили очікувану ефективність ферментних інгібіторів, цитостатиків, антисекреторних препаратів. Доведена шкідливість повного переходу на парентеральне харчування. Значно звужено показання до хірургічного лікування ГП. Останні настанови країн Європи та США заперечують доцільність антибіотикопрофілактики у першій асептичній фазі панкреонекрозу. З часу введення у дію останнього клінічного стандарту та протоколу в Україні у 2010 році відбулося кілька міжнародних погоджувальних конференцій та прийнято низку нових клінічних протоколів та настанов, які на підставі доказових досліджень обумовлюють необхідність подальшого удосконалення національного клінічного протоколу при гострому панкреатиті.

Клініко-статистична класифікація (розроблена за матеріалами робочої групи з перегляду класифікації Атланта, 2012 р. (Додаток 1)).

K85 Гострий панкреатит.

Макет клінічного діагнозу: **Гострий панкреатит {B_x}, панкреатит {M_x}, {T_x}, {S_x} {ускладнений O_x}**

Причини розвитку захворювання:

- B₁ – біліарний.
- B₂ – аліментарний (включно і алкогольний).
- B₃ – післятравматичний (включно і післяопераційний).
- B₄ – ідіопатичний.

Морфологічні прояви:

- M₁ – набрякова форма.
- M₂ – некротична неінфікована форма { R_x }.
 - R₁ – ферментативний асцит.
 - R₂ – гострі рідинні утворення в проекції ПЗ.
 - R₃ – плеврит.
- M₃ – некротична інфікована форма { R_x }.
 - R₁ – (відокремлений панкреонекроз) /до 30% об'єму залози/
 - R₂ – (розповсюджений панкреонекроз) /від 30 до 50% залози/
 - R₃ – (субтотальний панкреонекроз) /більше 50% залози/

Ступінь тяжкості захворювання:

- T₁ – Легкий перебіг.
- T₂ – Перебіг середнього ступеня тяжкості/прояви ПОД купіруються протягом 48 годин з часу госпіталізації/
- T₃ – Тяжкий перебіг/прояви ПОН не піддаються корекції більше 48 годин з часу госпіталізації/

Функціональний стан організму:

- S₁ – Синдром системної запальної відповіді.
- S₂ – Поліорганна недостатність.

Ускладнення:

- O₁ – механічна жовтяниця.
- O₂ – піддіафрагмальний абсцес.
- O₃ – емпієма плеври.
- O₄ – некроз позаочеревинної клітковини.
- O₅ – гостра арозивна кровотеча.
- O₆ – кишкова нориця.
- O₇ – панкреатична нориця.

Схема 3.3

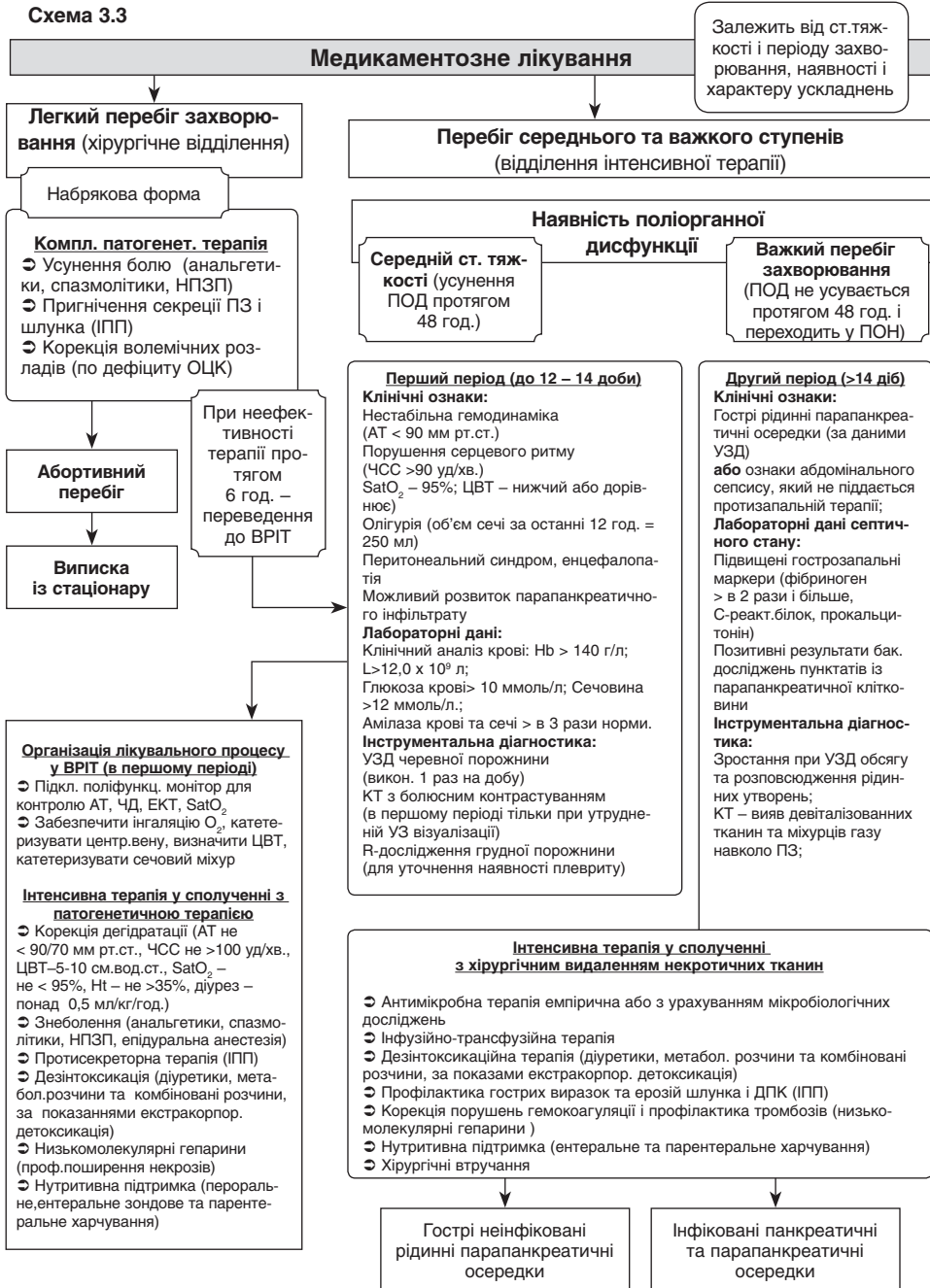
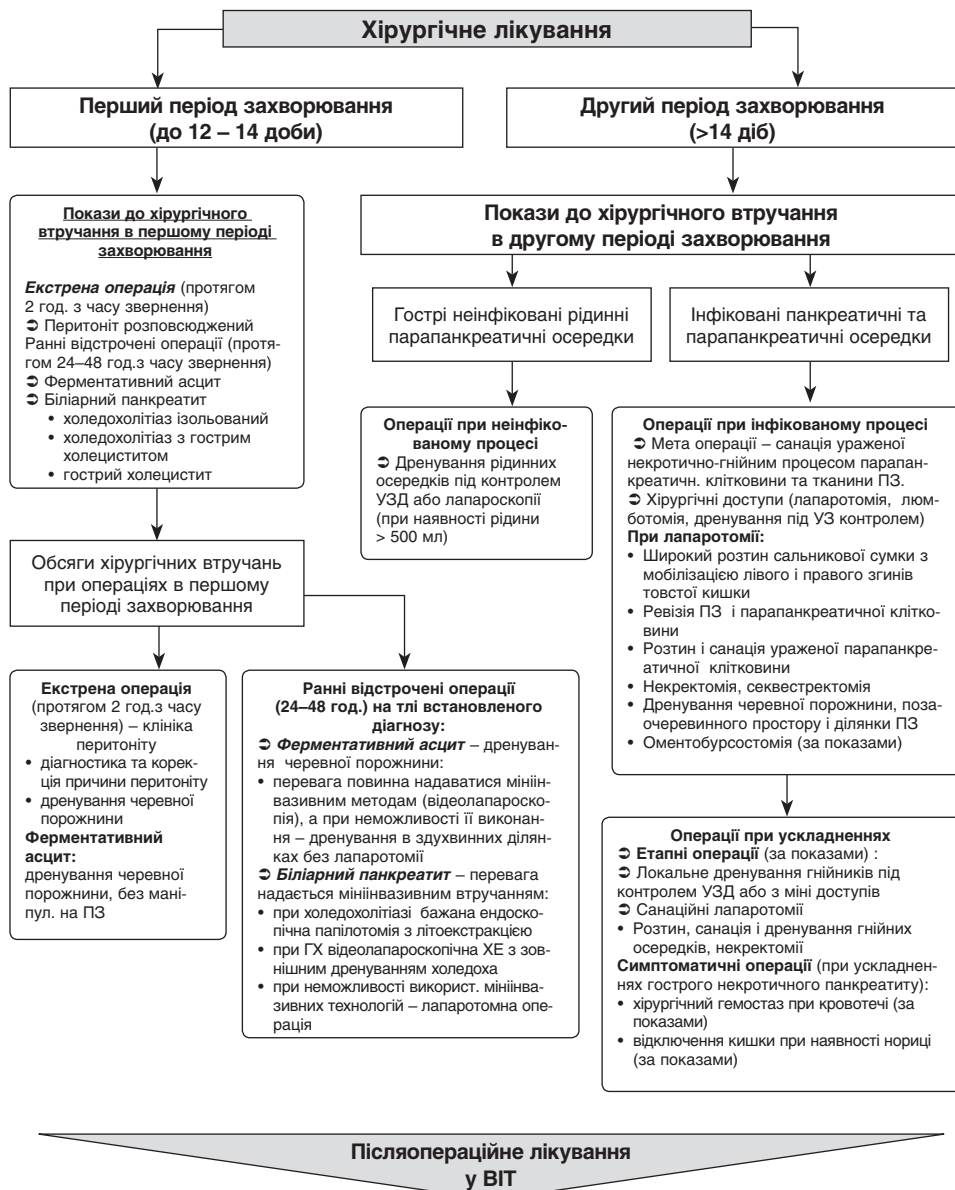


Схема 3.4



Моделі клінічних випадків, які використовуються в уніфікованому протоколі
Модель клінічного випадку №1 – Гострий панкреатит, легкий перебіг.

Модель клінічного випадку №2 – перший період захворювання.

Гострий панкреатит, перебіг середнього ступеня тяжкості

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- ступінь тяжкості захворювання (нестабільна гемодинаміка, порушення серцевого ритму, функції нирок, зовнішнього дихання);
- біліарний панкреатит, некротична неінфікована форма (ферментативний асцит, гострі рідинні утворення в проекції ПЗ, плеврит).

Модель клінічного випадку №3 – перший період захворювання.

Гострий панкреатит, тяжкий перебіг

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- неефективність терапії, що проявляється ознаками ПОН
- біліарний панкреатит
- гострі рідинні утворення в проекції ПЗ
- плеврит, який не піддається лікуванню

Клінічні прояви, які визначають ступінь тяжкості:

- прояви ПОД не купіруються протягом 48 годин з часу госпіталізації

Модель клінічного випадку №4 – другий період захворювання.

Гострий панкреатит, тяжкий перебіг

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- гострі неінфіковані рідинні утворення у черевній порожнині
- некротична інфікована форма гострого панкреатиту
- піддіафрагмальний абсцес, емпієма плеври

Модель клінічного випадку № 1. Гострий панкреатит, легкий перебіг

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Besselink M, van Santvoort H, et al. / Pancreatology. 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2): e1-15.	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічних аналізах крові та сечі, що є обґрунтуванням до медикаментозного лікування. 2. При надходженні хворого до стаціонару лікар-хірург виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 3. Виконується ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо вона не виконувалась у приймальному відділенні або ЕКГ виконується повторно при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи та у випадках, якщо це обумовлено клінічними проявами захворювання. 4. При невпевненості в діагнозі при госпіталізації виконується динамічний нагляд з оформленням у карті стаціонарного хворого щоденника кожні 2 год., в якому висвітлюють зміни у клінічній картині захворювання і аналіз додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, фіксують огляди суміжних фахівців. 5. Протягом 12 годин з часу госпіталізації необхідно виконати УЗД черевної порожнини з метою підтвердження діагнозу.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Бажані методи діагностики 1. При невпевненості в діагнозі «Гострий панкреатит» необхідно виконати УЗД черевної порожнини в динаміці з оцінкою стану підшлункової залози та черевної порожнини. 2. У складних випадках та при неефективності виконання УЗД показано виконання КТ з внутрішньовенним підсиленням
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне та медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи: 1. Обмеження прийому їжі протягом 1-2 діб (тільки при клінічних проявах парезу кишків). 2. Медикаментозне лікування та догляд за хворим: - лужне пиття; - знеболення (ненаркотичні анальгетики, спазмолітики, НПЗП); - пригнічення секреції шлунка (ІПП); - корекція волемічних розладів (обсяг – 1,5-2 л, це збалансовані сольові розчини, збалансовані багатокомпонентні розчини, розчини з метаболічною дією). 3. <i>Неефективність терапії протягом 6 год потребує вирішення питання про переведення пацієнта до відділення інтенсивної терапії та продовження лікування за моделлю клінічного випадку №2 (Гострий панкреатит середнього та важкого ступеня тяжкості).</i> 4. При позитивному впливі проведеної терапії – виписка із стаціонару (легкий ступінь важкості гострого панкреатиту зустрічається у 75% хворих на панкреатит)
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: усунення больового синдрому, відновлення функції шлунково-кишкового тракту, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження лікаря загальної практики та гастроентеролога.
Реабілітація		Обов'язкові заходи: 1. Дотримання дієти. 2. Проведення повноцінного обстеження.

**Модель клінічного випадку №2 – перший період захворювання.
Гострий панкреатит, перебіг середнього ступеня тяжкості**

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- ступінь тяжкості захворювання (нестабільна гемодинаміка, порушення
- серцевого ритму, функції нирок, зовнішнього дихання);
- біліарний панкреатит;
- некротична неінфікована форма (ферментативний асцит, гострі рідинні
- утворення в проекції ПЗ, плеврит).

Клінічні прояви, які визначають ступінь тяжкості:

- усунення ПОД протягом 48 годин з часу госпіталізації.

Термін стаціонарного лікування – 15-22 доби (у відділенні інтенсивної терапії – до 5-10 діб та у хірургічному відділенні – 10-12 діб).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Besselink M, van Santvoort H, et al. / Pancreatology. 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2): e1-15.	Обов'язкові методи: 1. Госпіталізація хворого до відділення ІТ. 2. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, що визначають ступінь тяжкості захворювання. 3. Ознаки гострого панкреатиту середнього або тяжкого ступеня. Клінічні: нестабільна гемодинаміка, порушення серцевого ритму, енцефалопатія, знижений SatO₂, олігурія, знижений ЦВТ). Лабораторні: Hb > 140 г/л; L – > 12 x10⁹/л; рівень глюкози > 10 ммоль/л; сечовини > 12 ммоль/л; бажано визначити в динаміці коагулограму, амілазу або ліпазу крові, загальний аналіз та діастазу сечі. Інструментальні: УЗД-моніторинг (перше дослідження слід виконати протягом 12 год після госпіталізації, КТ з болюсним введенням контрасту при показниках креатиніну в межах норми (оцінка за критеріями Balthazar, 1991)). Додаток 2 1. Підключають поліфункціональний монітор для постійного контролю АТ, ЧД, ЕКГ, SatO₂. 2. Катетеризують центральну вену, визначають ЦВТ, катетеризують сечовий міхур. 3. Забезпечують інгаляцію O₂. 4. При невпевненості в діагнозі або наявності симптомів суміжних захворювань терміново проводяться додаткові лабораторні та інструментальні дослідження (УЗД, рентгенографія), огляд суміжних фахівців з подальшим уточненням лікувальної тактики. 5. Тяжкість стану хворого (оцінка тяжкості проводиться при надходженні до ВРІТ та через 24 год) визначається протягом 24 год за клінічними проявами ПОН (Додаток 3), балами за шкалою APACHE II (Додаток 4), віком хворого (Додаток 5) та наявністю супутніх захворювань (Додаток 6). Ступінь тяжкості хворого може бути визначений за допомогою Шкали поліорганної дисфункції Маршала (Додаток 7) та показника С-реактивного білка > 150 мг/л. 6. При клінічних проявах інтоксикації, ознаках гіповолемії призначається їх корекція, ефективність якої визначається досягненням наступних індикаторів (АТ ≥ 90/70 мм рт.ст., ЧСС ≤ 100 уд./хв. ЦВТ – 5-10 мм вод.ст., SatO₂ > 95%, Ht < 35%, діурез > 0,5 мл/кг/год, ліквідація ознак поліорганної дисфункції протягом 48 год свідчить про середній ступінь тяжкості ГП, а збереження ПОД та прояви ПОН свідчать про тяжкий ступінь ГП). Бажані методи діагностики При невпевненості в діагнозі ГП необхідно виконати КТ черевної порожнини або діагностичну лапароскопію

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування у стаціонарі (немедикаментозне та медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи 1. Інтенсивна гідратаційна терапія кристалоїдними розчинами в об'ємі 500 мл щогодинно протягом першої доби до досягнення нормалізації ОЦК. 2. Знеболення (анальгетики, спазмолітики, НПЗП, епідуральна анестезія після корекції гіповолемії). 3. Нутритивна підтримка (раннє відновлення перорального, шлункового чи ентерального зондового харчування. При парезі кишків – парентеральне харчування). 4. Дезінтоксикаційна терапія (екстракорпоральна детоксикація). 5. Профілактика стресових виразок (ІПП, H₂-гістаміноблокатори). 6. Профілактика тромбоемболічних ускладнень. 7. Контроль стану плевральних порожнин (за наявності плевриту – їх пункція) із наступним динамічним наглядом та, за необхідності, повторні пункції. 8. При необхідності хірургічного втручання (біліарний панкреатит, ферментативний асцит, гострі рідинні утворення в проекції ПЗ, плеврит): - хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу та оцінює стан підготовки та можливість початку наркозу й операції; - лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформляють передопераційний епікриз; - хворий підписує інформовану згоду на операцію та знеболення. Проводиться 1. Підготовка хворого до операції (промивання шлунку (при показаннях), депіляція ділянки хірургічного доступу). 2. Премедикація за 30-40 хв. до операції або перед введеним наркозом. 3. Загальна анестезія. 4. Інфузійна терапія під час наркозу. 5. Хірургічне втручання: А) <i>при ферментативному асциті – лапароскопія, ревізія органів черевної порожнини, дренування черевної порожнини в здухвинних та підреберних ділянках, порожнини малого чепця;</i> Б) <i>при біліарному панкреатиті перевага надається мініінвазивним втручанням (ендоскопічна папілотомія з літоекстракцією, лапароскопічна холецистектомія, бажано виконати зовнішнє дренування холедоха).</i> 6. Післяопераційне лікування у відділенні інтенсивної терапії. Нагляд за хворим, відображення його стану 4 рази на добу в карті стаціонарного хворого, а при необхідності – частіше, проведення симптоматичного лікування: - знеболення; - інфузійна терапія; - антибактеріальна терапія; - перев'язки; - харчування (зондове та парентеральне). 7. Критерії, які дозволяють продовжити лікування у хірургічному відділенні: - компенсація ПОН; - зниження температури тіла до субфебрильних показників або нормотермія. 8. Лікування у хірургічному відділенні

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Виписка з рекомендації (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відсутність ознак запального процесу в черевній порожнині, нормотермія, відновлення функції шлунково-кишкового тракту. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. 3. Контроль лабораторних показників, УЗД-контроль органів черевної порожнини.
Реабілітація		Обов'язкові заходи: 1. Дотримання дієти, заборона прийому гострої їжі, алкогольних напоїв. 2. Фізичну активність не обмежувати, протягом 3 місяців уникати важких фізичних навантажень.

Модель клінічного випадку №3 – перший період захворювання.

Гострий панкреатит, тяжкий перебіг

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- неефективність терапії, що проявляється ознаками ПОН;
- біліарний панкреатит;
- гострі рідинні утворення в проекції ПЗ;
- плеврит, який не піддається лікуванню.

Клінічні прояви, які визначають ступінь тяжкості:

- прояви ПОД не усуваються протягом 48 годин з часу госпіталізації.

Термін стаціонарного лікування – 25-35 діб (у відділенні інтенсивної терапії – 5-10 діб та у хірургічному відділенні – 20-25 діб).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Besselink M, van Santvoort H, et al. / Pancreatology. 2013 Jul-Aug;13 (4 Suppl 2):e1-15.	Обов'язкові методи (продовжуються організаційні та діагностичні заходи, які починались при лікуванні гострого панкреатиту середнього ступеня тяжкості): 1. Продовжується постійний контроль АТ, ЧД, ЕКГ, SatO ₂ , ЦВТ, погодинного та добового діурезу. 2. Забезпечують інгаляцію O ₂ (при зниженні SatO ₂ нижче 90% – вирішувати питання про переведення хворого на ШВЛ). 3. Ефективність лікування оцінюється досягненням наступних індикаторів (АТ > 90/70 мм рт.ст., ЧСС < 100 уд./хв. ЦВТ – 5-10 мм вод.ст., SatO ₂ > 95%, Ht < 35%, діурез > 0,5 мл/кг/год). Бажані методи діагностики При проявах абдомінального сепсису – проведення УЗД в динаміці, КТ органів черевної порожнини
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне та медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи Медикаментозне та хірургічне лікування аналогічне до гострого панкреатиту середньої важкості. При наявності ПОН – посиндромна терапія. Післяопераційне лікування у відділенні інтенсивної терапії: - нагляд за хворим, відображення його стану 4 рази на добу в карті стаціонарного хворого, а при необхідності – частіше, проведення симптоматичного лікування.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Критерії, які дозволяють продовжити лікування у хірургічному відділенні: - компенсація ПОН; - зниження температури до субфебрильних показників або нормотермія; - відсутність клінічних, лабораторних та інструментальних даних за гнійний процес у черевній порожнині. Бажані методи діагностики УЗД, КТ (за показаннями)
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відсутність ознак запального процесу в черевній порожнині, нормотермія, відновлення функції шлунково-кишкового тракту. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. 3. Контроль лабораторних показників, УЗД-контроль органів черевної порожнини.
Реабілітація		Обов'язкові заходи: 1. Дотримання дієти, заборона прийому гострої їжі, алкогольних напоїв. 2. Фізичну активність не обмежувати, протягом 3 місяців уникати важких фізичних навантажень.

Модель клінічного випадку №4 – другий період захворювання.

Гострий панкреатит, тяжкий перебіг

Клінічні прояви, які впливають на лікувальну тактику:

- гострі неінфіковані рідинні утворення у черевній порожнині;
- некротична інфікована форма гострого панкреатиту;
- піддіафрагмальний абсцес;
- емпієма плеври.

(Термін стаціонарного лікування – 30-45 діб (у відділенні інтенсивної терапії – 8-15 діб та у хірургічному відділенні – 22-30 діб)).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Besselink M, van Santvoort H, et al. / Pancreatology. 2013 Jul-Aug;13 (4 Suppl 2):e1-15.	Обов'язкові методи діагностики (продовжують організаційні та діагностичні заходи, які починались при лікуванні гострого панкреатиту важкого ступеня тяжкості в першому періоді). Н.В.! Клініко-лабораторні ознаки гнійного осередку при гострому панкреатиті: - високі показники гострозапальних маркерів (фібриноген більший у 2 рази та більше, підвищений рівень С-реактивного білка, прокальцитоніну); - гектичний характер температури тіла; - наростання лейкоцитозу та зсуву формули крові уліво; - КТ-ознаки девіталізованих тканин, рідина в парапанкреатичному просторі та міхурці газу; - бактеріологічні дані про наявність інфікування за результатами пункції гнійних вогнищ. 1. Продовжується інтенсивна терапія станів другого періоду гострого панкреатиту важкого ступеня.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		- Продовжується постійний контроль АТ, ЧД, ЕКГ, SatO₂ ЦВТ, погодинного та добового діурезу, оцінюється динаміка червоної та білої крові, коагулограма, контроль температурної кривої. - Забезпечують інгаляцію O₂ (при зниженні SatO₂ нижче 90% – вирішувати питання про переведення хворого на ШВЛ, за показаннями – санація трахеобронхіального дерева (бажана ендоскопічна бронхоскопія)). - Ефективність лікування оцінюється досягненням наступних індикаторів (АТ > 90/70 мм рт.ст., ЧСС – < 100 уд./хв. ЦВТ – 5-10 мм вод.ст., SatO₂ > 95%, Ht < 35%, діурез > мл/кг/год, показниками Hb, еритроцитів, Ht, L, лейкоформули). - Діагностична і лікувальна тактика визначається шляхом сумісного нагляду за хворим лікаря відділення інтенсивної хірургії та лікаря-хірурга, за участю лікарів візуалізуючих методів дослідження (УЗД, КТ).
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне та медикаментозне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - Продовження інтенсивної симптоматичної терапії. - Антибіотики широкого спектру дії, бажано за даними бактеріальних досліджень (Розділ 4.2). - При наявності гострих рідинних утворень у парапанкретичному просторі без клініко-лабораторних явищ інфікування і при обсязі цих осередків об'ємом більше 500 мл – пункція і дренивання під контролем УЗД. - При клінічних явищах абдомінального сепсису – хірургічне втручання (доступ обирається залежно від розповсюдженості некротичного та гнійного процесів – люмбальний, лапаротомний, позаочеревинний, підреберний доступ). Хірургічне втручання при інфікованому панкреонекрозі має бути мінімально інвазивним: при можливості – черезшкірне дренивання гнійних порожнин, або застосування позаочеревинного доступу, в тому числі й із застосуванням ендоскопічних втручань. - Підготовка хворого до операції виконується в процесі проведення інтенсивної терапії (промивання шлунку, депіляція в ділянці хірургічного доступу). - Премедикація – за 30-40 хв до операції або перед ввідним наркозом (Розділ 4.7). - Загальне знеболення (Розділ 4.7). - Післяопераційне лікування: - проводиться у відділенні інтенсивної терапії до стабілізації вітальних розладів та нормалізації моторно-евакуаторної функції ШКТ; - нагляд за хворим, відображення його стану в карті стаціонарного хворого 4 рази на добу, а при необхідності – частіше; - знеболення; - інфузійна терапія; - протизапальна терапія; - симптоматична терапія; - перев'язки.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		<i>N.B.! Другий період перебігу гострого панкреатиту важкого ступеня у стадії гнійно-септичних ускладнень має цілий ряд ускладнень другого рівня, до яких відносяться:</i> - гостра арозивна кровотеча – лікування тільки хірургічне; - тонко- або товстокишкова нориця – по можливості виключення із пасажу петлі кишки, яка має норицю; - панкреатична нориця – може загоюватися протягом 4-6 міс., при показаннях – хірургічне лікування
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: стабілізація стану хворого, відсутність вітальних порушень, відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці або запальні зміни з боку рани, лікування яких може проводитись в амбулаторних умовах, нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки (спостереження до загоєння післяопераційних ран) та лікаря загальної практики. 3. За необхідності – консультація суміжних фахівців (гастроентеролога, терапевта та ін.). Бажані заходи: 1. Режим харчування. 2. Прийом панкреатичних ферментів для нормалізації травлення
Реабілітація		Обов'язкові заходи Фізичну активність не обмежувати, протягом 6 місяців уникати важких фізичних навантажень. Бажані заходи Пацієнтам з хронічним калькульозним холециститом рекомендується холецистектомія в плановому порядку

7. Догляд хворого після виписки із стаціонару.

Основні положення протоколу після виписки із стаціонару. Хворі, проліковані з приводу гострого панкреатиту в хірургічному стаціонарі, після виписки направляються для подальшого спостереження та реабілітації до сімейних лікарів та хірургів вторинної амбулаторної ланки, які доглядають за процесами ранньої реабілітації.

Неоперовані хворі (75-85% хворих) спостерігаються сімейними лікарями, за необхідності консультуються гастроентерологами. З цієї групою пацієнтів проводять бесіди про спосіб життя, виключення із харчування певного виду їжі та спиртних напоїв, які призводять до виникнення загострення хвороби. За наявності у пацієнтів ЖКХ рекомендують планову операцію.

Оперовані хворі спостерігаються хірургами, які, залежно від характеру та обсягів перенесених операцій, спостерігають і надають медичну допомогу при лікуванні післяопераційних ран, корегують порушення травлення та інших змін в організмі, які можуть виникнути після операції. Тривалість перебування хворого на лікарняному коливається від 2 до 4 тижнів, залежно від характеру та тяжкості захворювання, наявності некротичних змін у залозі й ускладнень, віку та професії пацієнта, а також об'єму та складності оперативного втручання. У хворих після операції визначають втрату працездатності.

Обґрунтування основних положень протоколу після виписки із стаціонару. Метою спостереження й реабілітації хворих на цьому етапі є нормалізація функцій ШКТ та відновлення працездатності або визначення обсягу її втрати. Тривалість спостереження хірургом поліклініки залежить від наявності чи відсутності ускладнень у пролікованих хворих, загальносоматичного стану та професії пацієнта, у процесі нагляду вирішують наявність втрати працездатності.

Необхідні (обов'язкові) дії лікаря щодо виконання основних положень протоколу:

1. Контроль загального стану пацієнта.
2. Контроль за динамікою загоєння післяопераційної рани, за необхідності – зняття швів та виконання перев'язок.
3. Контроль за динамікою лабораторних показників (ЗАК, ЗАС та ін.) та обов'язково перед закриттям листка непрацездатності.
4. Надавати рекомендації щодо способу життя, режиму харчування та фізичних навантажень.

**8. Додатки до уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги
«ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ»**

Додаток 1

**Класифікація гострого панкреатиту
(за матеріалами робочої групи з перегляду класифікації. Атланта, 2012 р.)**

1. За етіологією	А) алкогольний		
	Б) біліарний		
	В) аліментарний		
	Г) післятравматичний		
	Д) ідіопатичний		
2. За ступенем важкості	А) легка форма	Б) середній ступінь важкості	В) важка форма
3. За формою	А) набряковий (інтерстиціальний)		Б) некротичний панкреатит (панкреонекроз)
4. За розповсюдженістю некрозу	а) відмежовані некрози (до 30% некрозу паренхіми підшлункової залози)		а) розповсюджений панкреонекроз (від 30 до 50% некрозу паренхіми підшлункової залози)
			б) субтотально-тотальний панкреонекроз (> 50% некрозу паренхіми підшлункової залози)
5. Системні ускладнення гострого панкреатиту	а) синдром системної запальної відповіді (до 48 год від початку захворювання)		а) синдром системної запальної відповіді (> 48 год від початку захворювання)
			б) псевдокісти, недостатність (дихальна, ниркова, печінкова, ДВЗ-синдром)
6. Ускладнення гострого панкреатиту			
6а. Фаза асептичного запалення (до 2 тижнів від початку захворювання)	а) перитоніт ферментативний, плеврит б) гострі псевдокістозні скупчення рідини (у чепцевій сумці, в парапанкреатичній клітковині) в) гостре панкреатичне та/або псевдокістозне нагноєння г) механічна жовтяниця		
6б. Фаза асептичного запалення (> 2 тижнів від початку захворювання)	а) панкреатична псевдокіста (формується з 4 тижня від початку захворювання).		

бв. Фаза гнійних ускладнень	- інфіковані панкреатичні та псевдокістозні рідинні скупчення (у чепцевій сумці, флегмона парапанкреатичної клітковини); - інфіковані панкреатичні та парапанкреатичні некрози (до 4-го тижня від початку захворювання); - відмежовані інфіковані некрози (> 4-х тижнів від початку захворювання) - гнійний перитоніт, псевдокісти черевної порожнини, емпієма плеври
бг. Вторинні ускладнення некротичного панкреатиту	- гостра кровотеча в порожнину ШКТ - внутрішні та зовнішні нориці ШКТ - арозивна кровотеча в порожнину псевдокісти або назовні

Додаток 2

Критерії Бальтазар формування індексу тяжкості гострого панкреатиту

Візуалізуючі ознаки гострого некротичного панкреатиту за КТ	Бали
Нормальна КТ візуалізація підшлункової залози	0
Осередкове або дифузне збільшення підшлункової залози	1
Нечіткість контурів підшлункової залози та запальні зміни в парапанкреатичній клітковині	2
Один рідинний осередок або нечітке його визначення	3
Два чи більше рідинних осередків проекції підшлункової залози	4
Немає ознак некрозу	0
Некроз займає 1/3 об'єму залози	2
Некроз займає 1/2 об'єму залози	4
Некроз займає більше 1/2 об'єму залози	6

У пацієнтів з кількістю балів 7 та більше летальність визначена у 17%, а ускладнення – у 92%.

Додаток 3

Клінічні критерії ПОН у хворих на гострий панкреатит

Знижена функція	Критерії оцінки
Дихальна	Гіпоксемія, ШВЛ
Міокардіальна	Адреноміметична підтримка
Ниркова	Олігоанурія, гіперкреатинурія
Печінкова	Гіперферментемія, гіпербілірубінемія
Шлунково-кишкового тракту	Шлунково-кишкова кровотеча
Церебральна	Делірій, сопор, кома
Гемореологічні порушення	ДВЗ-синдром

Додаток 4

Оцінка тяжкості стану пацієнта за шкалою APACHE II

Показники	Бали								
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4
Температура, °C	41	39-40,9		38,5-38,9	36-38,4	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
Середній артеріальний тиск, мм рт.ст.	>160	130-159	110-129		70-109		50-69		<49
Частота серцевих скорочень за 1 хв	>180	140-179	110-139		70-109		50-69	40-54	<39
Частота дихання за 1 хв	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<5
¹ Градiєнт А – а рO ₂ мм рт.ст. ² PaO ₂ , мм рт.ст.	>500	350-499	200-349		<200			55-60	<55
pH артеріальної крові	>7,7-5,2	7,2-7,69		7,5-7,59	7,33-7,49		7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
³ Вміст HCO ₃ в сироватці крові, ммоль/л		41-51,9		32-40,9	23-31,9		18-21,9	15-17,9	<15
Вміст Na ⁺ в сироватці крові, ммоль/л	>180	160-179	155-159	150-154	130-145		120-129	111-119	<110
Вміст K ⁺ в сироватці крові, ммоль/л	>7	6,0-6,9		5,5-5,9	3,5-5,4	3,0-3,4	2,5-2,9		<2,5
Вміст креатиніну в сироватці крові, мг%	>3,5	2,0-3,4	1,5-1,9		0,6-1,4		<0,6		
Рівень гематокри-ту, %	>60		50-59,9	46-49,9	30-45,9		20-29,9		<20
Загальна кількість лейкоцитів, х 10 ⁹ /л	>40		20-39,9	15-19,9	3-14,9		1-2,9		<1
Шкала Глазго									
ЗООФ									

¹Якщо FiO₂>50%.

²Якщо FiO₂<50%.

³Враховується тільки при відсутності даних газового складу артеріальної крові.

⁴Сума = 15 – бали за шкалою Глазго.

Примітка. Оцінка для креатиніну сироватки дублюється, якщо у пацієнта є гостра ниркова недостатність. Середній артеріальний тиск = (АТ сист. + 2+АТ діаст)/3. Якщо аналізи крові недоступні, використовується бікарбонат сироватки (замість артеріального рН).

⁴Враховується тільки за відсутності даних газового складу артеріальної крові.

Додаток 5

Бальна оцінка віку хворого

Вік, роки	Бали
< 44	0
45-54	2
55-64	3

Вік, роки	Бали
65-74	5
>75	6

Додаток 6

Бальна оцінка супутніх хронічних захворювань

Оперативні втручання	Супутня патологія	Бал
Неоперовані хворі	В анамнезі – тяжка органна недостатність* або імунodefіцитний стан**	5
	В анамнезі немає тяжкої органної недостатності або імунodefіцитного стану	0
Хворі після екстрених операцій	В анамнезі – тяжка органна недостатність* або імунodefіцитний стан**	5
	В анамнезі немає тяжкої органної недостатності або імунodefіцитного стану	0
Хворі після планових операцій	В анамнезі – тяжка органна недостатність* або імунodefіцитний стан**	5
	В анамнезі немає тяжкої органної недостатності або імунodefіцитного стану	0

*Органна недостатність:

- **серцево-судинна** – IV клас за Нью-Йоркською класифікацією;
- **дихальна** – якщо є обмеження дихання через наявність хронічних рестриктивних, обструктивних або судинних захворювань, документована хронічна гіпоксія, гіперкапнія, вторинна поліцитемія, тяжка легенева гіпертензія, залежність від респіратору;
- **ниркова** – якщо пацієнт знаходиться на хронічному діалізі;
- **печінкова** – якщо є цироз печінки, підтверджений біопсією, портальна гіпертензія, епізоди кровотеч з верхніх відділів травного каналу на фоні портальної гіпертензії, попередні епізоди печінкової недостатності, коми або енцефалопатії.

**** Імунodefіцитний стан:** визначається, якщо пацієнт отримував терапію, яка знижує захисні сили (імуносупресивна терапія, хіміотерапія, променева терапія, довгостроково отримувач стероїди) або має хворобу, яка пригнічує імунну функцію (злоякісна лімфома, лейкоземія, СНІД).

Додаток 7

Шкала поліорганної дисфункції за Marshall

Органи та системи	Бали				
	0	1	2	3	4
Легенева система (PO_2/FIO_2)	>400-301	301-400	201-300	101-200	<101
Ниркова система (креатинін сироватки, mmol/l)	<134	134-169	170-310	311-439	>439
(креатинін сироватки, mg/dl)	<1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	>4,9
Серцево-судинна система (АТ систол.)	>90	<90 є рідина	<90 немає рідини	<90 pH <7,3	<90 pH <7,2

IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis.

Besselink M, van Santvoort H, et al.

Pancreatology. 2013 Jul-Aug;13(4 Suppl 2):e1-15. doi: 10.1016/j.pan.2013.07.063.

РД – рівень доказовості, СР – ступінь рекомендації

РД (А – високий, В – середній, С – низький), СР (1 – сильний, 2 – слабкий).

Діагноз та етіологія

Рекомендація 1. Визначення гострого панкреатиту ґрунтується на виконанні 2 із 3 наступних критеріїв: клінічні (біль у животі), лабораторні (підвищення верхньої межі норми сироваткової амілази або ліпази > 3) та/або зміни за даними візуалізуючих методів дослідження (КТ, МРТ, УЗД) (СР 1, РД В).

Рекомендація 2. При надходженні хворого етіологія гострого панкреатиту повинна визначатися з використанням детального анамнезу хворого (тобто попереднього гострого панкреатиту, відомих захворювань жовчнокам'яної хвороби, споживання алкоголю, прийому ліків, наявності гіперліпідемії, травм, останніх інвазивних процедур, таких як РХПГ), сімейного анамнезу, анамнезу захворювання, фізикального огляду, лабораторних даних (печінкові ферменти, кальцій, тригліцериди), даних візуалізуючих досліджень (УЗД правого верхнього квадранта) (СР 1, РД В).

Рекомендація 3. У пацієнтів з підозрою на ідіопатичний гострий панкреатит, при відсутності даних досліджень на користь біліарної етіології рекомендується проводити ендоскопічну ультрасонографію (ЕУ) як перший крок для виключення прихованого мікролітіазу, новоутворень та хронічного панкреатиту. Якщо результати ЕУ є негативними, магніторезонансна холангіо-панкреатографія на фоні стимуляції секретином рекомендується в якості другого кроку для виявлення рідкісних морфологічних аномалій. Слід виконати абдомінальну КТ. Якщо етіологія залишається невідомою, особливо після другої атаки ідіопатичного панкреатиту, слід враховувати генетичне консультування (генетичне тестування – необов'язково) (СР2, РД С).

Прогнозування перебігу

Рекомендація 4. Наявність синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) при госпіталізації й упродовж 48 годин рекомендується використовувати для прогнозу розвитку тяжкого гострого панкреатиту (СР 2, РД В).

Рекомендація 5. Під час надходження пацієнта рекомендується використання трифакторного підходу для передбачення результату гострого панкреатиту, який поєднує фактори ризику (наприклад, вік, супутню захворюваність, індекс маси тіла), стратифікацію клінічного ризику (наприклад, наявність ССЗВ) та моніторинг відповіді на початкову терапію (наприклад, тривалість ССЗВ, азот сечовини крові, креатинін) (СР 2, РД В).

Візуалізуючі методи дослідження

Рекомендація 3. Показаннями до первинного використання КТ при гострому панкреатиті можуть бути:

- А)** діагностична невизначеність;
- Б)** підтвердження тяжкості на підставі клінічних прогностичних даних про тяжкий гострий панкреатит;
- В)** відсутність реакції на консервативне лікування або клінічне погіршення (оптимальний термін початку первинної оцінки КТ становить щонайменше 72-96 годин після виникнення симптомів) (СР1, РД С).

Рекомендація 4. Повторні КТ або МРТ при гострих панкреатитах показані за відсутності клінічного поліпшення, при погіршенні або при плануванні інвазивних методів лікування (СР 1, РД С).

Рекомендація 5. Рекомендується проводити мультидетекторний КТ з тонкою колімацією та товщиною зрізів 5 мм і менше, з використанням 100-150 мл неіонного внутрішньовенного контрастного матеріалу зі швидкістю 3 мл/с під час панкреатичної та/або портално-венозної фази (50-70 с затримки). Під час спостереження досить лише портално-венозної фази (монофазна). Для МРТ рекомендується проводити осьові сканування в режимах T₁, T₂ до і після внутрішньовенного гадолінієвого контрастування (СР1, РД С).

Інфузійна терапія

Рекомендація 6. Рінгера лактат рекомендується для початкової інтенсивної терапії при гострому панкреатиті (CP1, РД В).

- А)** Цільову внутрішньовенну терапію із 5-10 мл/кг/год слід спочатку використовувати до досягнення показників реанімації (див. п. Б) (CP1, РД В).
- Б)** Оцінка реакції на інтенсивну терапію рідиною повинна ґрунтуватися на одному чи кількох наступних критеріях : 1) неінвазивні клінічні показники – частоти серцевих скорочень < 120/хв, середнього артеріального тиску між 65-85 мм рт. ст. (8,7-11,3 кПа) і діурез > 0,5-1 мл/кг/год; 2) інвазивні клінічні показники: зміна ударного об'єму та тиску заклюнювання легеневої артерії; 3) показники гематокриту 35-44% (CP 2, РД В).

Інтенсивна терапія

Рекомендація 7. Пацієнтів з діагнозом гострого панкреатиту за наявності одного або декількох параметрів, виявлених при надходженні, відповідно до рекомендацій Society of Critical Care Medicine (SCCM) та пацієнтів із важким гострим панкреатитом, як визначено в переглянутій класифікації Atlanta (тобто зі стійкою органною недостатністю), слід лікувати в умовах відділення інтенсивної терапії (CP 1, РД С).

Рекомендація 8. Лікування у спеціалізованому центрі необхідне для пацієнтів із важким гострим панкреатитом, а також для тих, хто може потребувати інтервенційної радіологічної, ендоскопічної чи хірургічної допомоги (CP 1, РД С).

Рекомендація 9. Спеціалізованим центром для лікування гострого панкреатиту може бути заклад з великою кількістю хворих на гострий панкреатит (high volume center), що має у своєму складі сучасне відділення інтенсивної терапії (7 днів на тиждень), цілодобовий доступ до інтервенційної радіології, ендоскопії з використанням ендоскопічного УЗ та РХПГ, а також хірургічний досвід у лікуванні некротичного панкреатиту. Пацієнти повинні бути зараховані в передбачувані аудити з питань контролю якості та в клінічні випробування, коли це можливо (CP 2, РД С).

Рекомендація 10. Рання інтенсивна інфузійна терапія протягом перших 24 годин надходження при гострих панкреатитах пов'язана зі зниженням частоти виникнення стійких SIRS та поліорганної недостатності (CP 1, РД С).

Рекомендація 11. Синдром черевної порожнини (абдомінальний компартмент-синдром (АКС)) визначається як стійке підвищення внутрішньочеревного тиску > 20 мм рт.ст., що пов'язано з розвитком органної недостатності (CP2, РД В).

Рекомендація 12. Консервативне лікування АКС слід спрямувати на корекцію:

- А)** об'єму порожнистих органів;
- Б)** внутрішньо- та позасудинної рідини;
- В)** розтягнення черевної стінки.

Інвазивне лікування слід застосовувати лише після міждисциплінарного обговорення у пацієнтів зі стійким внутрішньочеревним тиском > 25 мм рт.ст. з нового епізоду органної недостатності, що не піддається консервативній терапії назогастральною/ректальною декомпресією.

Варіанти інвазивного лікування включають черешкірне дренивання асциту, серединну лапаростомию, двосторонню підреберну лапаростомию або підшкірну лінійну серединну фасціотомию (по linea alba).

У випадку хірургічної декомпресії заочеревинний простір та чепцеву сумку слід залишити недоторканими, щоб зменшити ризик інфікування перипанкреатичної клітковини та панкреонекрозу (CP2, РД С).

Профілактика інфекційних ускладнень

Рекомендація 13. Внутрішньовенна антибіотикопрофілактика не рекомендується для профілактики інфекційних ускладнень при гострому панкреатиті (CP 1, РД В).

Рекомендація 14. Селективна деконтамінація кишечника показала певні переваги у запобіганні інфекційних ускладнень при гострих панкреатитах, необхідні подальші дослідження (CP 2, РД В).

Рекомендація 15. Пробіотична профілактика не рекомендується для запобігання інфекційних ускладнень при гострому панкреатиті (СР 1, РД В).

Харчова підтримка

Рекомендація 16. Пероральне годування при легкій формі панкреатиту можна відновити, коли зменшується біль у животі та поліпшуються запальні маркери (СР 2, РД В).

Рекомендація 17. Харчування через ентеральний зонд повинно бути первинною терапією у пацієнтів з прогнозованим тяжким гострим панкреатитом, які потребують харчової підтримки (СР 1, РД В).

Рекомендація 18. При гострому панкреатиті можуть застосовуватися елементні або полімерні харчові форми для ентерального харчування (СР 2, РД В).

Рекомендація 19. Ентеральне харчування при гострому панкреатиті можна вводити як за допомогою назеоюнального, так і назогастрального шляху (СР 2, РД А).

Рекомендація 20. Парентеральне харчування може застосовуватися при гострому панкреатиті як терапія другого ряду, якщо назеоюнальне годування не переноситься, а є необхідність підтримки харчування (СР 2, РД С).

Заходи щодо жовчних шляхів

Рекомендація 21. РХПГ не показаний при прогнозованій легкій формі жовчного панкреатиту без холангіту (СР 1, РД А). РХПГ, ймовірно, не показано при прогнозованій тяжкій формі жовчного панкреатиту без холангіту (СР 1, РД В). РХПГ, ймовірно, показаний при жовчних панкреатитах із обструкцією холедоха (СР1, РД С). РХПГ показаний у хворих з жовчним панкреатитом і холангітом (СР 1, РД В).

Рекомендація 22. У пацієнтів з гострим холангітом необхідна термінова РХПГ (< 24 год). В даний час не існує доказів щодо оптимального терміну РХПГ у пацієнтів з жовчним панкреатитом без холангіту (СР 2, РД С).

Рекомендація 23. МРХПГ та ендоскопічне УЗД (ЕУЗД) може запобігти виконанню РХПГ у хворих при підозрі на камені холедоха у пацієнтів з жовчним панкреатитом, які не мають холангіту, не впливаючи на клінічний перебіг. ЕУЗД перевершує МРХПГ у виключенні маленьких (< 5 мм) жовчних каменів. МРХПГ є менш інвазивним, менш залежним від оператора та, ймовірно, доступнішим, ніж ЕУЗД. Тому в клінічній практиці немає чіткої переваги для МРХПГ чи ЕУЗД (СР 2, РД С).

Показання до оперативного втручання при некротизуючому панкреатиті

Рекомендація 24. Загальними показаннями до оперативного втручання (радіологічні, ендоскопічні чи хірургічні) при некротичному панкреатиті є:

- А)** клінічна підозра або наявність некротичного панкреатиту з клінічним погіршенням, бажано, коли некроз стає відмежованим;
- Б)** за відсутності підтвердженого інфікованого некротичного панкреатиту, продовження поліорганної недостатності протягом декількох тижнів після початку гострого панкреатиту, бажано, коли некроз стає відмежованим (СР 1, РД С).

Рекомендація 25. Рутинна черезшкірна тонкогольова аспірація перипанкреатичних скупчень для виявлення бактерій не показана у зв'язку з тим, що клінічні ознаки (тобто постійна лихоманка, підвищення показників маркерів запалення) та дані візуалізуючих методів дослідження (наприклад, газ у перипанкреатичних скупченнях) є точними предикторами інфікованого некрозу у більшості пацієнтів. Незважаючи на те, що діагноз інфекції може бути підтверджений шляхом тонкогольової аспірації, існує ризик хибнонегативних результатів (СР 1, РД С).

Рекомендація 26. Показаннями для втручання (радіологічного, ендоскопічного і хірургічного) при стерильному панкреонекрозі є:

- А)** постійна виразка шлунка, кишкова або біліарна обструкція через ефект здавлення відмежованим некрозом (умовно > 4-8 тижнів після початку гострого панкреатиту);
- Б)** постійні симптоми (наприклад, біль, «стійке нездужання») у пацієнтів з відмежованим некрозом без ознак інфекції (умовно > 8 тижнів після початку гострого панкреатиту);
- В)** синдром роз'єднаної протоки (повне порушення цілісності панкреатичної протоки за наявності некрозу підшлункової залози) з постійними симптомами (наприклад, болем, обструкцією) з некрозом без ознак інфекції (умовно > 8 тижнів після початку гострого панкреатиту) (СР 2, РД С).

Час проведення оперативного втручання при некротизуючому панкреатиті

Рекомендація 27. Для пацієнтів з підтвердженням або з підозрою на інфікований некротичний панкреатит, у разі можливості, слід затримувати інвазивне втручання (черезшкірне дренивання, ендоскопічне транслюмінальне дренивання/некректомія, мінімально інвазивна або відкрита некректомія) принаймні 4 тижні після первинного прояву, щоб скупчення стали відмежованими (СР 1, РД С).

Рекомендація 28. Найкращі наявні дані свідчать про те, що хірургічна некректомія в ідеалі повинна бути відкладена до тих пір, доки скупчення не стануть відмежованими, зазвичай 4 тижні після початку панкреатиту, у всіх пацієнтів з ускладненнями некрозу. Не виявлено підгруп пацієнтів, які могли б отримати користь від більш раннього або більш пізнього проведення втручань (СР 1, РД С).

Стратегії втручання при некротизуючому панкреатиті

Рекомендація 29. Оптимальною інтервенційною стратегією для пацієнтів з підозрілим або підтвердженим інфікованим некротичним панкреатитом є первинне черезшкірне (ретроперитонеальне) або ендоскопічне транслюмінальне дренивання з наступною, за необхідності, ендоскопічною або хірургічною некректомією (СР 1, РД А).

Рекомендація 30. Черезшкірне чи ендоскопічне дренивання має бути першим етапом лікування пацієнтів з підозрілим або підтвердженим (відмежованим) інфікованим некротичним панкреатитом (СР 1, РД А).

Рекомендація 31. Недостатньо даних для визначення підгруп пацієнтів з підозрюваним або підтвердженим інфікованим некротичним панкреатитом, які отримали б користь від іншої стратегії лікування (СР 2, РД С).

Час проведення холецистектомії (чи ендоскопічної сфінктеротомії)

Рекомендація 32. Холецистектомія при наявності ознак легкої форми біліарного панкреатиту є безпечною і рекомендованою. Інтервальна (відкладена) холецистектомія після легкої форми біліарного панкреатиту пов'язана із суттєвим ризиком повторної госпіталізації з приводу біліарних подій, особливо рецидивуючого жовчного панкреатиту (СР 1, РД С).

- А)** Холецистектомію слід відкласти у пацієнтів із перипанкреатичними скупченнями до тих пір, доки вони зникнуть, або якщо скупчення персистують понад 6 тижнів, коли можна буде безпечно провести холецистектомію (СР 2, РД С).
- Б)** У хворих з біліарним панкреатитом, яким проведено сфінктеротомію та планується оперативне втручання, рекомендується проведення холецистектомії, оскільки РХПГ та сфінктеротомія запобігають рецидиву біліарного панкреатиту, але не захворюванням жовчного міхура, пов'язаним із наявністю каменів: біліарних кольок і холециститу (СР 2, РД В).

3.4. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з перфорацією порожнистого органу черевної порожнини в умовах стаціонару

1. Нозології:

- А) Виразка шлунка. Код МКХ – К 25 (ускладнена перфорацією – К 25.5).
 - Б) Гостра виразка шлунка. Код МКХ – К 25.3 (ускладнена перфорацією – К 25.3).
 - В) Виразка ДПК. Код МКХ – К 26 (ускладнена перфорацією – К 26.5).
 - Г) Гостра виразка ДПК. Код МКХ – К 26.3 (ускладнена перфорацією – К 26.3).
 - Г) Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу. Код МКХ – К 28 (ускладнена перфорацією – К 28.5).
 - Д) Перфорація виразки ДПК після ізольованої СПВ. Код МКХ – К 27 (ускладнена перфорацією – К 27.5).
 - Е) Перфорація кишки нетравматична. Код МКХ – К 63.1.
2. **Протокол** призначений для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з перфорацією порожнистого органу ШКТ.
3. **Мета протоколу.** Сформувати комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим старше 18 років з перфорацією порожнистого органу ШКТ шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Перфорація порожнистого органу ШКТ» в умовах стаціонару
(залежно від локалізації перфорації, характеру патологічного процесу, який призвів до перфорації, часу, який пройшов з часу перфорації та наявності й виразності супутніх захворювань)

Діагноз перфорації порожнистого органу ШКТ встановлюється на основі клінічних проявів перитоніту, який виникає на фоні виходу вмісту ШКТ за межі кишкової трубки, що супроводжується інтоксикацією, порушенням вітальних функцій та виникненням поліорганної недостатності при несвоєчасному наданні медичної допомоги. Саме наявність такої клінічної картини, доповнена лабораторними та інструментальними, в першу чергу, рентгенологічними, дослідженнями, є достатнім приводом для постановки діагнозу.

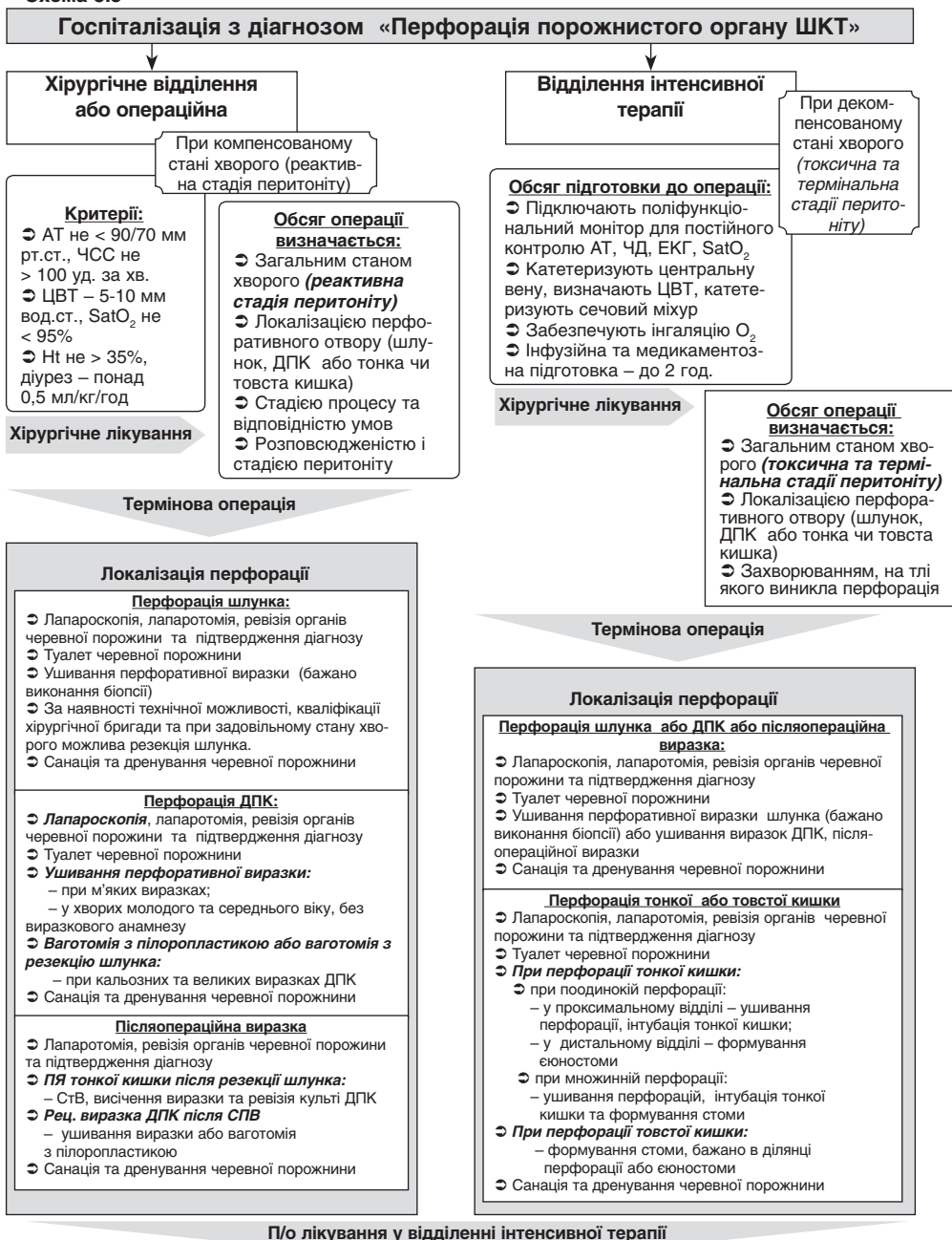
Н.В.І! Патогномонічною для перфоративної виразки є «тріада Мондора» («кинджальний» біль в епігастральній ділянці (с-м Деллафуа), дошкоподібне напруження живота, виразковий анамнез) та с-м Спіжарного (зникнення печінкової тупості).

Н.В.І! При перфорації тонкої або товстої кишки больовий синдром розвивається повільніше, швидше розвивається розповсюджений перитоніт та виражена інтоксикація у вигляді ПОН.

Наявність клінічних проявів перфорації порожнистого органу ШКТ потребує термінової госпіталізації, підготовки до операції та її виконання, тому що саме своєчасність надання медичної допомоги є основою для її якості. Внаслідок перфорації розвивається перитоніт, гіповолемічний шок, поліорганна недостатність, можливе виникнення кровотечі з виразки, що загрожує життю хворого.

Алгоритм лікувальної тактики при перфорації порожнистого органу ШКТ наведено в **схемі 3.5**, а таблично подано залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, ускладнена перфорацією, з урахуванням локалізації перфоративного отвору та стадії перитоніту).

Схема 3.5



Клініко-статистичні класифікації перфорації порожнистих органів ШКТ та моделі клінічних випадків, на яких формуються уніфіковані протоколи медичної допомоги

Клініко-статистична класифікація виразкової хвороби шлунка та її ускладнень
К 25 Виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: Виразка {I_x}{L_x шлунка,}{K_x}{ускладнена O_x}

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I₁ – активна
- I₂ – що рубцюється
- I₃ – зарубцьована

Локалізація виразки:

- L₁ – кардіального відділу
- L₂ – субкардіального відділу
- L₃ – малої кривизни
- L₄ – великої кривизни
- L₅ – пілоричного відділу

Наявність інвазії *Helicobacter pylori*:

- K₁ – асоційована з Hp
- K₂ – неасоційована з Hp

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x}
- O₂ – крововтрата {T_x ступеня}
- O₃ – перфорація {в стадії F_x}

Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки:

- F₁ – період шоку (до 6 год з моменту перфорації)
- F₂ – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
- F₃ – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

O₄ – пенетрація {в L_x }:

- L₁ – підшлункову залозу
- L₂ – малий чепець
- L₃ – печінку

O₅ – {I_x } стеноз

Клініко-статистична класифікація гострої виразки шлунка та її ускладнень
К 25.3 Гостра (симптоматична) виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: Гостра виразка {L_x шлунка,}{F_x}{на фоні E_x,} {ускладнена O_x}

Локалізація:

- L₁ – кардіального відділу
- L₂ – субкардіального відділу
- L₃ – малої кривизни
- L₄ – великої кривизни
- L₅ – пілоричного відділу

Фаза процесу:

- F₁ – активна
- F₂ – яка рубцюється

Причина:

- E₁ – великих опіків (виразка Курлінга)
- E₂ – інфаркту міокарда
- E₃ – сепсису
- E₄ – тяжкої травми
- E₅ – перенесеної операції
- E₆ – вживання медикаментів
- E₇ – ураження ЦНС
- E₈ – гіпоксичного стану

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня}
- O_3 – перфорація {в стадії F_x }.

Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки:

- F_1 – період шоку (до 6 год з моменту перфорації)
- F_2 – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
- F_3 – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

Клініко-статистична класифікація виразки ДПК та її ускладнень

K26 Виразка дванадцятипалої кишки

Макет клінічного діагнозу: Виразка $\{I_x\}$ $\{L_x\}$ $\{K_x\}$ {ускладнена O_x }

Ендоскопічна діагностика:

- I_1 – активна
- I_2 – що рубцюється
- I_3 – зарубцьована

Локалізація:

- L_1 – цибулини дванадцятипалої кишки
- L_2 – позацибулинного відділу дванадцятипалої кишки

Наявність інвазії *Helicobacter pylori*:

- K_1 – асоційована з Нр
- K_2 – неасоційована з Нр

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$
 - O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня}
 - O_3 – перфорація {в стадії F_x }:
- Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки:**
- F_1 – період шоку (до 6 год з моменту перфорації)
 - F_2 – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
 - F_3 – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

- O_4 – penetрація {в L_x }:
- L_1 – підшлункова залоза
 - L_2 – гепатодуоденальна зв'язка
 - L_3 – жовчний міхур
 - L_4 – печінка
 - L_5 – товста кишка
- O_5 – $\{I_x\}$ стеноз

Клініко-статистична класифікація гострої (симптоматичної) виразки ДПК та її ускладнень

K 26.3 Гостра (симптоматична) виразка дванадцятипалої кишки

Макет клінічного діагнозу: Гостра виразка $\{L_x\}$ дванадцятипалої кишки, $\{F_x\}$, {на фоні E_x }, {ускладнена O_x }

Локалізація:

- L_1 – цибулини
- L_2 – позацибулинного відділу

Етіологія:

- E_1 – великі опіки (виразка Курлінга)
- E_2 – інфаркт міокарда
- E_3 – сепсис
- E_4 – тяжка травма
- E_5 – перенесена операція
- E_6 – вживання медикаментів
- E_7 – ураження ЦНС
- E_8 – гіпоксичний стан

Фаза процесу:

- F_1 – активна
- F_2 – яка рубцюється

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня $\}$
- O_3 – перфорація $\{в стадії F_x $\}$.$

Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки:

- F_1 – період шоку (6 год з моменту перфорації)
- F_2 – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
- F_3 – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

Клініко-статистична класифікація рецидивної виразки ДПК після ізольованої СПВ та її ускладнень

K27 Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ

Макет клінічного діагнозу: Виразка $\{I_x\}$ $\{L_x$ після СПВ, $\}$ $\{K_x\}$ $\{ускладнена O_x $\}$$

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I_1 – активна
- I_2 – що рубцюється
- I_3 – зарубцьована

Локалізація:

- L_1 – цибулина дванадцятипалої кишки
- L_2 – зацибулинна ділянка дванадцятипалої кишки

Наявність інвазії *Helicobacter pylori*:

- K_1 – асоційована з Нр
- K_2 – неасоційована з Нр

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня $\}$
- O_3 – перфорація $\{в стадії F_x $\}$:$

Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки

- F_1 – період шоку (до 6 год з моменту перфорації)
- F_2 – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
- F_3 – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

O_4 – пенетрація $\{в L_x $\}$:$

- L_1 – підшлункова залоза
- L_2 – гепатодуоденальна зв'язка
- L_3 – жовчний міхур
- L_4 – печінка
- L_5 – товста кишка

O_5 – $\{I_x\}$ стеноз

Клініко-статистична класифікація пептичної (післяопераційної) виразки анастомозу та її ускладнень

K 28 Пептична виразка анастомозу

Макет клінічного діагнозу: Пептична виразка анастомозу $\{I_x\}$ $\{після L_x $\}$ $\{ускладнена O_x $\}$$$

Ендоскопічні прояви захворювання

- I_1 – активна
- I_2 – рецидивна
- I_3 – що рубцюється
- I_4 – зарубцьована

Етіологія:

- L_1 – після резекції шлунка за Більрот-I
- L_2 – після резекції шлунка за Більрот-II
- L_3 – після СтВ і пілоропластики
- L_4 – після СПВ і пілоропластики
- L_5 – після СтВ і гастроентеростомії

- L_6 – після СПВ і гастроентеростомії
- L_7 – після СтВ і гастродуоденостомії
- L_8 – після СПВ і гастродуоденостомії
- L_9 – після гастроентеростомії

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня}
- O_3 – перфорація $\{в стадії F_x\}$

Клінічні періоди перебігу перфоративної виразки:

- F_1 – період шоку (до 6 год з моменту перфорації)
- F_2 – період уявного полегшення (6-12 год з моменту перфорації)
- F_3 – період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації)

- O_4 – пенетрація $\{в L_x\}$:
 - L_1 – підшлункова залоза
 - L_2 – гепатодуоденальна зв'язка
 - L_3 – жовчний міхур
 - L_4 – печінка
 - L_5 – товста кишка
 - L_6 – передня черевна стінка
- O_5 – $\{I_x\}$ стеноз
- O_6 – шлунково-тонко-товстокишкова нориця

Клініко-статистична класифікація перфорації кишки та її ускладнень

К 63.1 Перфорація кишки нетравматична

Макет клінічного діагнозу: $\{I_x\}$ перфорація $\{L_x\}$ кишки, ускладнена $\{O_x\}$

Характер перебігу:

- I_1 – Поодинокі
- I_2 – Множинні

Локалізація:

- L_1 – тонка кишка
- L_2 – ободова кишка
- L_3 – сигмоподібна кишка
- L_4 – пряма кишка

Ускладнення:

- O_1 – абсцес
- O_2 – перитоніт

Моделі клінічних випадків перфорації порожнистих органів ШКТ, ускладнених перфорацією, які використовуються в уніфікованих протоколах

Модель клінічного випадку №1 – Перфорація порожнистого органу ШКТ (період шоку/ до 6 год/та уявного благополуччя/від 6 до 12 год/з моменту перфорації)

- Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією
- Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією
- Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією
- Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією
- Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією
- Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією

Модель клінічного випадку №2 – Перфорація порожнистого органу ШКТ (період перитоніту (більше 12 год з моменту перфорації))

- Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією
- Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією
- Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією
- Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією
- Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією
- Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією

Перфорація тонкої кишки або товстої кишки нетравматична

Алгоритм дій зазначається окремо для різних макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Модель клінічного випадку №1 – Перфорація порожнистого органу ШКТ (період шоку/ до 6 год/та уявного благополуччя/від 6 до 12 год/з моменту перфорації)

Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією

Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections M. Sartelli, A. Chichom-Mefire, F. Labricciosa, et al World Journal of Emergency Surgery 2017;12:29 Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper // World J Emerg Surg. 2014; 9:45	Обов'язкові методи діагностики: 1. При встановленому діагнозі «Перфорація порожнистого органу ШКТ» при надходженні до ВІТ необхідно оцінити тяжкість стану хворого, визначити обсяг передопераційної підготовки і виконати хірургічну операцію за абсолютними показаннями. 2. Хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога й оцінює стан підготовки і можливість початку наркозу та операції. 3. Аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження, загальний стан хворого, характер змін в клінічних аналізах крові та сечі та показники (АТ не < 90/70 мм рт.ст., ЧСС не > 100 уд. в хв. ЦВТ – 5-10 мм вод.ст., SatO ₂ не < 95%, Ht не > 35%, діурез – понад 0,5 мл/кг/год), які дають можливість планувати термінове хірургічне втручання. 4. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий, оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 5. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 6. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. При наявності ознак гіповолемії проводиться доопераційна інфузійна терапія. 2. Підготовка хворого до операції включає інтубацію шлунка без промивання, депіляцію волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 4. Антибіотикотерапія, яка починається за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.2).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		5. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). 6. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 7. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 8. Хірургічне втручання*. 9. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожену добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (Розділ 4.4); - антибіотикотерапія (Розділ 4.2); - перев'язки; - корекція функції життєво важливих органів (при виконанні симптоматичної операції – призначення в післяопераційному періоді <i>інгібіторів протонної помпи</i>); - харчування при відсутності порушень евакуації із шлунка та відновленні моторно-евакуаторної функції ШКТ.
Виписка з рекомендації-ми (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс.: - після виписки зі стаціонару хворий направляється до поліклініки для продовження терапії засобами для лікування виразки ще протягом 10 діб з наступним діагностичним ендоскопічним дослідженням; - при наявності виразки, що зарубцювалася, – подальше обстеження та лікування за протоколом «Виразкова хвороба» – терапевтичне лікування та спостереження; - при наявності виразки, що не загоїлась, – продовження терапії засобами для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки або вирішення питання про планове хірургічне лікування через 3-6 міс.; - при операції в обсязі резекції шлунка або операції із застосуванням ваготомії нагляд, обстеження та лікування прооперованого хворого проводиться за потребою; - продовження при Нр-позитивних перфоративних виразках антихелікобактерної (ерадикаційної) терапії (курс – 10-14 діб), яка була розпочата в хірургічному стаціонарі, із наступним контролем ерадикації через 4 тижні після закінчення курсового лікування. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК	

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №1.

Загальні питання, які рекомендується використовувати при перфорації порожнистого органу в стадії шоку та уявного благополуччя

Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Лапароскопія, при відсутності умов – лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини. Ушивання перфоративної виразки

(бажане виконання біопсії). За наявності технічної можливості, кваліфікації хірургічної бригади та при задовільному стані хворого можлива резекція шлунка. Санація та дренування черевної порожнини.

Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Лапароскопія, при відсутності умов – лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини.

1. Якщо у пацієнтів відсутній виразковий анамнез, є наявність гострої виразки або виразки без запальних змін навколо виразки – показане ушивання або висічення виразки із ДПК без ваготомії з проведенням після операції комплексної терапії засобами для лікування виразкової хвороби.
2. Якщо є ознаки кальйозної виразки ДПК, ознаки запального інфільтрату навколо виразки, великий перфоративний дефект, то хірург приймає рішення про виконання операції, спрямованої на ліквідацію перфоративного дефекту, забезпечення прохідності із шлунка в ДПК або тонку кишку. Обсяг операції може включати: ізольоване ушивання виразки, а при задовільному стані хворого, за належних умов та підготовленості бригади хірургів, хірург, який оперує, може вибрати один із видів ваготомії (СтВ, СВ, СПВ), виконання пілоропластики або гастроентеростомії, чи виконати СтВ або СВ та резекцію антрального відділу шлунка. Операція завершується санацією та дренуванням черевної порожнини.

Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією

Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини.

1. Якщо є ознаки кальйозної виразки ДПК, ознаки запального інфільтрату навколо виразки, великий перфоративний дефект, то хірург приймає рішення про виконання операції, спрямованої на ліквідацію перфоративного дефекту, забезпечення прохідності із шлунка в ДПК або тонку кишку. Обсяг операції може включати: ізольоване ушивання виразки, а при задовільному стані хворого, за умов та підготовленості бригади хірургів, хірург, який оперує, може виконати СтВ, пілоропластику або гастроентеростомію, чи виконати СтВ та резекцію антрального відділу шлунка. Операція завершується санацією та дренуванням черевної порожнини.

Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією

Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини.

1. При перфорації тонкої кишки після РШ за Б-II обсяг операції може включати: виконання СтВ та висічення виразки анастомозу з ушиванням дефекту, який виник, проведенням зонду нижче за анастомоз та ревізією кукси ДПК з метою можливого виявлення частки пілоричного або антрального відділу шлунка.
2. При наявності перфоративного отвору в ділянці гастродуоденального анастомозу після РШ за Б-I виконують ревізію, і при виявленні перетинають стовбури блукаючих нервів, висікають виразку і ушивають дефект, який виник.
3. При перфорації великих та велетенських пептичних виразок гастроентероанастомозу або гастродуоденоанастомозу після РШ в поєднанні із пенетрацією або стенозом та при задовільному стані пацієнта може бути виконана СтВ із ререзекцією кукси шлунка (за Б-II або Ру).
4. Операція завершується санацією та дренуванням черевної порожнини.

Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Лапароскопія, при відсутності умов – лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини. Ушивання перфоративної виразки (бажане виконання біопсії). Санація та дренування черевної порожнини.

Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Лапароскопія, при відсутності умов – лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини. Ушивання перфоративної виразки або висічення виразки із ДПК. Санація та дренування черевної порожнини.

Модель клінічного випадку №2 – Перфорація порожнистого органу ШКТ (період більше 12 год з моменту перфорації)

Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією

Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією

Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією

Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією

Перфорація тонкої кишки або товстої кишки нетравматична

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intra-abdominal infections M. Sartelli, A. Chichom-Mefire, F. Labricciosa, et al World Journal of Emergency Surgery 2017;12:29 Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper // World J Emerg Surg. 2014; 9:45	Обов'язкові методи діагностики – дивись «Алгоритм з надання медичної допомоги при перитоніті»: 1. При встановленому діагнозі «Перфорація порожнистого органу ШКТ», наявності перитоніту й тяжкому або вкрай тяжкому стані хворого повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі; з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого, виконуються повторні аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь дегідратації та ін. 2. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією дегідратації, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксують в карті стаціонарного хворого (термін підготовки – до 2 годин)). 4. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції. 5. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує (при вкрай тяжкому стані хворого, який не може засвідчити свою згоду на операцію та відсутності рідних, показання до операції формуються консиліумом мінімум із 3 лікарів, які обґрунтовують її необхідність у вигляді консиліуму). 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалося у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічною потребою.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризація центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - інфузійну терапію (Розділ 4.4); - анальгетики; - антибіотикотерапію (Розділ 4.1); - корекцію функції життєво важливих органів. - Підготовка хворого до операції: депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). - Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). - Антибіотикотерапія за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу, із наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.1). - Премедикація за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). - Знеболення загальне (Розділ 4.7). - Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). - Хірургічне втручання*. - Післяопераційне лікування у відділенні інтенсивної терапії: - нагляд за хворим, відображення його стану кожен день в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - антибіотикотерапія; - інфузійна терапія; - перев'язки; - харчування (після нормалізації моторно-евакуаторної функції ШКТ).
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: - Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. - Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс.: при перфоративній виразці: після виписки зі стаціонару хворий направляється до поліклініки для продовження терапії засобами для лікування виразки ще протягом 10 діб з наступним діагностичним ендоскопічним дослідженням; - при наявності виразки, що зарубцювалася, – подальше обстеження та лікування за протоколом «Виразкова хвороба» – терапевтичне лікування та спостереження; - при наявності виразки, що не загоїлась, – продовження терапії засобами для лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки або вирішення питання про планове хірургічне лікування через 3-6 міс.; - продовження при Нр-позитивних перфоративних виразках антихелікобактерної (ерадикаційної) терапії (курс – 10-14 діб), яка була розпочата в хірургічному стаціонарі, із наступним контролем ерадикації через 4 тижні після закінчення курсового лікування; при перфорації тонкої або товстої кишки: при наявності стоми – закриття її через 2-3 міс.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №2.

Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні перфорації порожнистого органу ШКТ в стадії перитоніту

Активна виразка шлунка, ускладнена перфорацією та перитонітом

Гостра виразка шлунка, ускладнена перфорацією та перитонітом

Активна виразка ДПК, ускладнена перфорацією та перитонітом

Гостра виразка ДПК, ускладнена перфорацією та перитонітом

Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена перфорацією та перитонітом

Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена перфорацією та перитонітом

Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини.

1. Враховуючи тяжкий стан хворого, показане ушивання виразки. При порушенні прохідності при ушиванні виразки, хірург вирішує питання про операцію, яка дрениє шлунок.
2. По можливості проводять інтубацію тонкої кишки назогастроєюнальним зондом.
3. Операція завершується санацією і дрениванням черевної порожнини та, при можливій потребі, проведенням санаційних релапаротомій, ушиваються тільки поверхневі шари (шкіра) передньої черевної стінки.

Перфорація тонкої кишки або товстої кишки

Лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини та підтвердження діагнозу. Туалет черевної порожнини.

При перфорації тонкої кишки:

- при поодинокій перфорації в проксимальному відділі: ушивання перфорації, інтубація кишки назогастроєюнальним зондом;
- при поодинокій перфорації в дистальному відділі: ушивання перфорації, інтубація кишки назогастроєюнальним зондом, можливе формування єюностомі;
- при множинній перфорації: ушивання перфорацій, інтубація тонкої кишки та формування єюностомі, можлива резекція кишки з перфораціями.

При перфорації товстої кишки:

- формування стоми, бажано в ділянці перфорації, або ушивання дефекту та екстраперитонізація кишки з формуванням проксимальної колостоми або ілеостоми.

Санація та дренивання черевної порожнини.

Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper

(Діагностика та лікування перфоративних або пептичних виразок, що кровоточать: позиція Всесвітньої Спільноти ургентних хірургів WSES 2013 року).

World J Emerg Surg. 2014; 9: 45.

Published online 2014 Aug 3. doi: 10.1186/1749-7922-9-45

Salomone Di Saverio,^{#1} Marco Bassi,^{#7} Nazareno Smerieri et al

Діагностика перфоративної виразки

Рекомендація 1. Рентгенографію черевної порожнини у вертикальному положенні слід використовувати для початкової рутинної діагностичної оцінки у випадку гострого живота з підозрою на перфорацію виразки шлунка або ДПК.

Рекомендація 2. У випадку відсутності ознак перфорації, рекомендується комп'ютерна томографія як діагностичний інструмент другого рівня, оскільки у КТ вища чутливість у визначенні інтраабдомінального вільного повітря.

Рекомендація 3. У разі відсутності ознак вільного внутрішньочеревного повітря та наявності підозри на перфоративну виразку, пропонується введення у шлунок водорозчинного контрасту через назогастральний зонд.

Хірургія перфоративної виразки **Лапароскопічна хірургія перфоративної виразки**

Рекомендація 4. Лапароскопія дозволяє хірургу досліджувати і промивати всю порожнину очеревини, й тому є потужним діагностичним і лікувальним інструментом. Лапароскопія має переваги у вигляді менш вираженого післяопераційного болю.

Рекомендація 5. Скорочення тривалості перебування в лікарні та більш раннє повернення до роботи після лапароскопічної хірургії при перфоративній виразковій хворобі можуть компенсувати витрати, необхідні для проведення лапароскопічного втручання. Лапароскопічна операція також має перевагу у кращому косметичному ефекті.

Рекомендація 6. Рекомендується лапароскопічний підхід до гемодинамічно стабільних пацієнтів з вільним повітрям за даними рентгенографії та/або КТ з діагностичною метою.

Рекомендація 7. Рекомендується лапароскопічне лікування перфоративної виразки у стабільних пацієнтів з перфоративною виразкою розміром < 5 мм та за наявності відповідних лапароскопічних навичок.

Рекомендація 8. Рекомендується використання лапароскопії для досягнення кращого внутрішньочеревного лаважу, навіть при наявності дифузного перитоніту.

Рекомендація 9. Відкрита операція рекомендується при наявності септичного шоку або у пацієнтів з абсолютними протипоказаннями до пневмоперитонеума.

Рекомендація 10. Відкриту операцію проводять за наявності перфоративних та пептичних виразок, що кровоточать.

Рекомендація 11. Для точної локалізації мікроскопічних перфорацій рекомендується введення метиленового синього через назогастральний зонд.

Відкрита хірургія перфоративної виразки

Рекомендація 12. Рекомендується первинне відкрите зашивання перфорації у випадку перфоративної виразки, більшої за 5 мм та меншої за 2 см. Пропонується звичайне застосування чепця для подальшого захисту лінії швів.

Рекомендація 13. Рекомендується уникати використання клею як єдиного способу закриття перфоративної виразки. Клей можливо використовувати лише як допоміжний засіб для захисту лінії швів або фіксації чепця.

Рекомендація 14. Рекомендується проводити резекцію за наявності перфоративної виразки більше 2 см.

Рекомендація 15. Резекційна хірургія рекомендується за наявності злоякісних перфоративних виразок або високого ризику злоякісності (наприклад, великих виразок, ендоскопічних ознак злоякісності, наявності вторинних уражень або підозрюваних метастазів і т.п.).

Рекомендація 16. При можливості (наприклад, у стабільних пацієнтів), у разі зашивання великих дефектів дванадцятипалої кишки, ми пропонуємо провести холецистектомію для зовнішнього дренивання жовчної протоки.

Рекомендація 17. Пропонуємо дуоденостомію (наприклад, з використанням катетера Пеццера) лише як виключний варіант, у присутності гігантських виразок дванадцятипалої кишки з тяжким запаленням тканини й коли мобілізація дванадцятипалої кишки неможлива, у пацієнтів з тяжким септичним шоком/гемодинамічною нестабільністю.

The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections

(Лікування внутрішньочеревних інфекцій з глобальної точки зору: 2017 р. Рекомендації Всесвітньої Спільки ургентних хірургів WSES для лікування внутрішньочеревних інфекцій)

M. Sartelli, A. Chichom-Mefire, F. Labricciosa, et al

Перфорація товстої кишки внаслідок раку

Рекомендація 1. Лікування перфорації при раку товстої кишки повинно бути спрямоване як на стабілізацію ургентного стану внаслідок перитоніту, так і відповідати технічним цілям онкологічного втручання (**CP1 РД В**).

Перфорація товстої кишки при колоноскопії

Рекомендація 1. Пацієнтам з дифузним перитонітом, викликаним перфорацією під час колоноскопії, показане термінове оперативне втручання, яке, як правило, передбачає первинне ушивання дефекту або резекцію кишки (**CP1 РД В**).

Рекомендація 2. Раннє лапароскопічне втручання може бути безпечним та ефективним варіантом при перфорації кишки, пов'язаною з колоноскопією, для досвідчених хірургів (**CP2 РД В**).

Перфорація гастродуоденальної виразки

Рекомендація 1. Оперативне втручання є методом вибору при лікуванні перфоративної виразкової хвороби (**CP1 РД А**).

Рекомендація 2. Просте ушивання з (або без) чепцевим укріпленням ушитої виразки є безпечною і ефективною процедурою для лікування маленьких перфоративних виразок (**< 2 см**) (**CP1 РД А**).

Рекомендація 3. Лапароскопічне лікування перфорованих пептичних виразок може бути безпечною і ефективною процедурою для досвідчених хірургів (**CP1 РД А**).

Перфорація тонкої кишки

Рекомендація 1. Оперативне втручання є методом вибору при лікуванні перфорації тонкої кишки (**CP1 РД В**).

Рекомендація 2. У випадку малих перфорацій рекомендується первинне їх ушивання (**CP1 РД В**).

Абдомінальний туберкульоз

Рекомендація 1. У випадку перфорації при абдомінальному туберкульозі резекція ураженої ділянки кишки та накладення анастомозу може бути методом вибору (**CP1 РД С**).

Посттравматичні перфорації порожнистих органів шлунково-кишкового тракту

Рекомендація 1. Рекомендується раннє хірургічне втручання (**CP1 РД С**).

Рекомендація 2. Ушивання чи накладення анастомозу слід проводити у всіх пацієнтів. Накладення стоми може розглядатися при колоректальних травмах, що включають усю частину кишки при численних дефектах або супутніх захворюваннях (**CP1 РД С**).

3.5. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострою непрохідністю кишок в умовах стаціонару

1. Нозологія. Гостра непрохідність кишок.

2. Код МКХ – К 56.

3. Протокол призначень для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та

їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гострою непрохідністю кишок.

4. **Мета створення протоколу:** визначення комплексу заходів з організації своєчасного виявлення клінічних ознак гострої непрохідності кишок у пацієнтів старше 18 років та організація їх огляду хірургом або доставки хворого до лікарні інтенсивного лікування.

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гостра непрохідність кишок» в умовах стаціонару
(залежно від виду непрохідності, рівня перешкоди в кишці та наявності вторинних ускладнень)

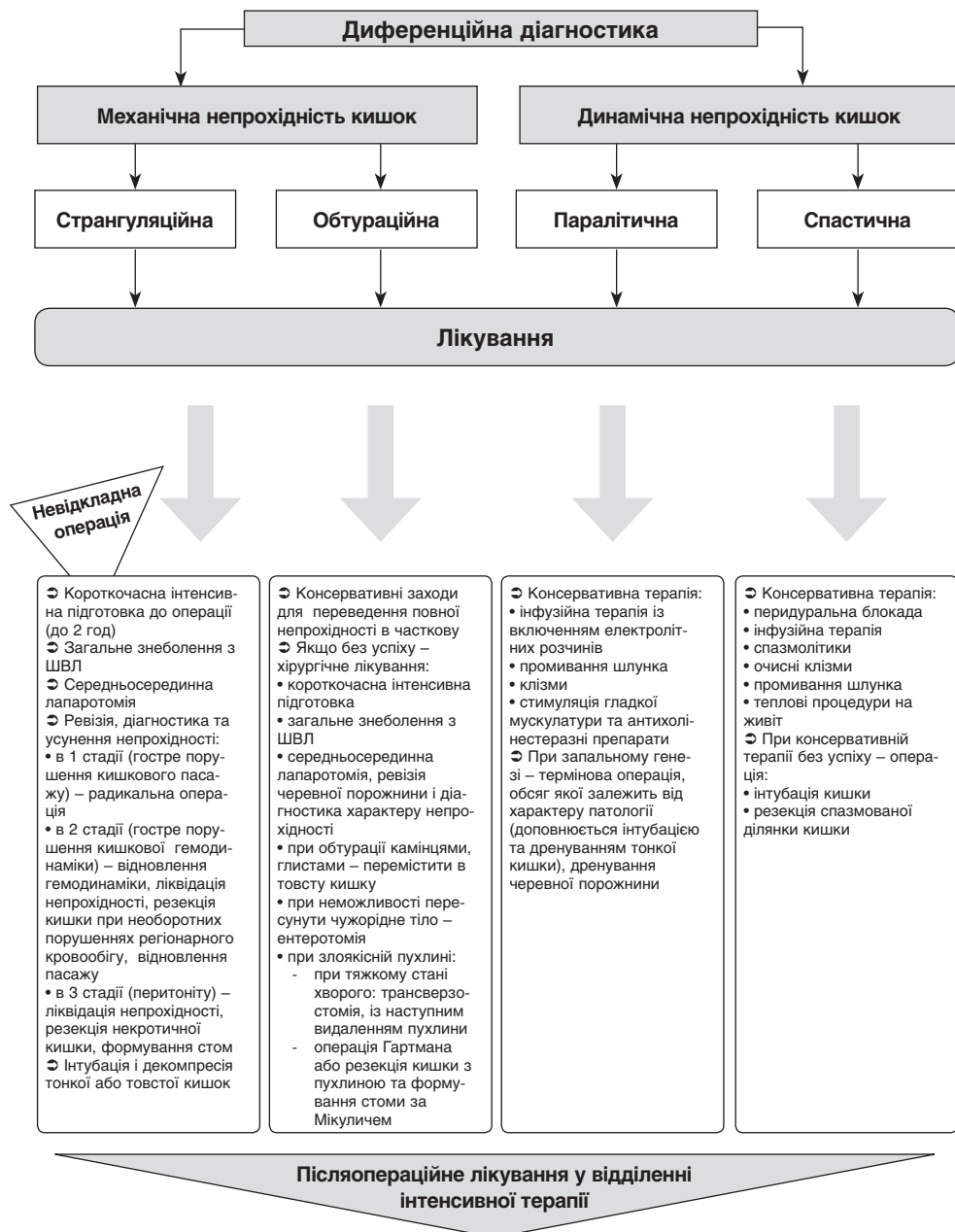
1. Встановлений діагноз странгуляційної гострої непрохідності кишок є показанням до невідкладної операції після передопераційної підготовки терміном не більше 2 годин з часу госпіталізації хворого.

Складовими передопераційної підготовки є:

- випорожнення та декомпресія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту;
 - випорожнення сечового міхура;
 - інтенсивна передопераційна інфузійна терапія із встановленням катетера в центральну вену, під контролем ЦВТ та визначенням рівня гіповолемії;
 - призначення антибіотиків та антикоагулянтів з профілактичною метою;
 - гігієнічна підготовка ділянки оперативного доступу.
2. При сумнівах в наявності гострої непрохідності кишки, а також при наявності спайкової хвороби з багатьма хірургічними втручаннями, необхідне проведення:
 - диференційної діагностики (визначення виду непрохідності, рівня перешкоди в кишці);
 - консервативних лікувальних дій з ліквідації непрохідності (до вирішення питань необхідності операції).
 3. Показаннями для проведення рентгеноконтрастних досліджень при непрохідності є:
 - спайкова хвороба;
 - тонкокишкова непрохідність.
 4. При пухлинній непрохідності товстої кишки лікування починається з консервативних заходів, мета яких – ліквідація гострої непрохідності та створення умов для виконання радикальної операції (за відсутності позитивного результату виконується ургентна операція).

Алгоритм лікувальної тактики наведено в **схемі 3.6** та таблично подано залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Схема 3.6



КЛІНІКО-СТАТИСТИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ХВОРОБИ

K56 Гостра непрохідність кишок

Макет клінічного діагнозу: Гостра {E_x непрохідність{L_x кишки}}{(R_x)}, {ускладнена O_x}

Етіологія:

- E₁ – механічна {X_x}
 - (X₁) – обтураційна
 - (X₂) – странгуляційна
 - (X₃) – змішана
- E₂ – динамічна {X_x}
 - (X₁) – паралітична
 - (X₂) – спастична

Локалізація:

- L₁ – тонкої кишки
- L₂ – товстої кишки
- L₃ – тонкої і товстої кишок

Вид непрохідності:

- R₁ – (спайкова непрохідність) K 56.5
- R₂ – (заворот тонкої кишки) K 56.2
- R₃ – (заворот сигмоподібної кишки) K 56.2
- R₄ – (заворот сліпої кишки) K 56.2
- R₅ – (заворот поперечно-ободової кишки) K 56.2
- R₆ – (вузлуотворення)
- R₇ – (обтурація кишки пухлиною) K 56.4
- R₈ – (обтурація кишки жовчним камінцем) K 56.3
- R₉ – (обтурація кишки клубком аскарид)
- R₁₀ – (інвагінація кишки) K56.1

Ускладнення:

- O₁ – перитоніт
- O₂ – некроз кишки

*Моделі клінічних випадків гострої непрохідності кишок,
які використовуються в уніфікованому протоколі*

Модель клінічного випадку №1 – Гостра непрохідність кишок

странгуляційна

- R₁ – (спайкова непрохідність)
- R₂ – (заворот тонкої кишки)
- R₃ – (заворот сигмоподібної кишки)
- R₄ – (заворот сліпої кишки)
- R₅ – (заворот поперечно-ободової кишки)
- R₆ – (вузлуотворення)

змішана

- R₁₀ – (інвагінація кишки)

Модель клінічного випадку №2 – Гостра непрохідність кишок

обтураційна

- R₇ – (обтурація кишки пухлиною)
- R₈ – (обтурація кишки жовчним камінцем)

Модель клінічного випадку №3 – Гостра непрохідність кишок динамічна

*Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим
з діагнозом «Гостра непрохідність кишок»*

*(залежно від виду непрохідності, рівня перешкод у кишці
та наявності вторинних ускладнень)*

**Модель клінічного випадку №1 – Гостра непрохідність кишок
странгуляційна**

- R₁** – (спайкова непрохідність)
R₂ – (заворот тонкої кишки)
R₃ – (заворот сигмоподібної кишки)
R₄ – (заворот сліпої кишки)
R₅ – (заворот поперечно-ободової кишки)
R₆ – (вузлуотворення)
 (Термін стаціонарного лікування – 12-15 діб)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction / J.J. Diaz et al. // The Journal of trauma, 2008; 64(6):1651-64 Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction / D. Vogel et al. // Dis Colon Rectum 2016; 59: 589–600 Guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / R.P.Broek et al. // World Journal of Emergency Surgery 2018;13:24	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого виконуються повторні аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь гіповолемії та інші. 2. Аналізуються надані рентгенограми та, при необхідності, виконується повторне рентгенологічне обстеження. 3. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 4. У процесі проведення інтенсивної терапії оцінюється клінічна картина захворювання й у випадку усунення непрохідності хворий дообстежується у відділенні хірургії, а у випадку зберігання непрохідності проведена терапія є методом підготовки хворого до термінової операції; лікар-анестезіолог займається корекцією гіповолемії, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого). 5. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції. 6. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 7. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 8. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризація центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функції життєво важливих органів. - Підготовка хворого до операції, депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). - Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). - Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу, із наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.1). - Премедикація за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). - Знеболення загальне (Розділ 4.7). - Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). Хірургічне втручання*. - Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожну добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показаннями); - перев'язки; - харчування починається після нормалізації моторно-евакуаторної функції тонкої та товстої кишок.
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: - Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. - Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи - Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №1.

Загальні питання хірургічної техніки в лікуванні гострої непрохідності кишок (ГНК)

- Операція з приводу гострої непрохідності кишок виконується під загальним знеболенням (ендотрахеальний наркоз із ШВЛ).
- При непрохідності кишок виконується середньо-серединна лапаротомія, при необхідності з висіченням післяопераційних рубців (в деяких випадках може бути застосований лапароскопічний доступ):
 - а) операція у зв'язку з ГНК включає:**
 - встановлення причини та рівня непрохідності (ліквідація непрохідності є вузловим моментом хірургічного втручання і залежить від причини непрохідності);

- ліквідацію морфологічного субстрату непрохідності (не виключає потреби в проведенні ревізії всієї тонкої та товстої кишок, яка виконується після інфільтрації брижі розчином місцевого анестетика, а при переповненні її кишковим вмістом – після декомпресії кишки через зонд або відкритим методом);
 - визначення показань до декомпресійної інтубації кишкової трубки та вибір методу дренивання;
 - визначення життєздатності кишки в зоні перешкоди та показань до резекції кишки в ділянці перешкоди (показання до резекції кишки ґрунтуються на візуальних ознаках – колір кишки, пульсація судин брижі, перистальтика, стан стінки кишки, а також динаміка цих ознак після введення в брижу анестетика);
 - при необхідності виконання резекції кишки з привідного кінця відступають від зони зміненої ділянки кишки не менше 35-40 см, а з відвідного – 20-25 см (виняток складають резекції біля дуоденоєюнального переходу та біля ілеоцекального кута, де можливе зменшення цих нормативів);
 - санацію та дренивання черевної порожнини за наявності перитоніту;
- б) показаннями до декомпресійної інтубації тонкої кишки є:**
- переповнення привідної петлі кишковим вмістом;
 - наявність розповсюдженого перитоніту;
 - розповсюджений спайковий процес в черевній порожнині;
- в) наявність розповсюдженого перитоніту потребує санації та дренивання черевної порожнини за принципами лікування гострого перитоніту (дивись протокол «Гострий перитоніт»).**

Особливості хірургічної техніки в лікуванні гострої непрохідності кишок (ГНК)

Гостра непрохідність кишок странгуляційна

(спайкова непрохідність, заверт тонкої, сигмоподібної, сліпої кишок, вузлуотворення)

1. Странгуляційна гостра непрохідність кишок:

- **тонка кишка** (проксимальна та дистальна частина):
 - ліквідується причина непрохідності (усунення заверту, вузлуотворення, перетинання спайкових штрангів, що формують непрохідність), оцінюється життєздатність кишки;
 - при життєздатній кишці виконується назогастроєюнальна інтубація привідного до місця непрохідності відділу тонкої кишки та ушивання черевної порожнини;
 - при порушенні внутрішньостінкової гемодинаміки з некрозом кишки – резекція кишки з відновленням пасажу анастомозом «бік у бік» та інтубацією кишки;
 - при наявності некрозу, перфорації кишки та перитоніту – резекція кишки завершується формуванням ентеростоми за Мікуличем, крім випадків, коли некротичні зміни наступили на ділянці кишки до 70-80 см від дуоденоєюнального вигину;
- **ободова кишка** (права половина, сигмоподібна кишка):
 - ліквідується причина непрохідності (усунення заверту, перетинання спайкових штрангів, що формують непрохідність), оцінюється життєздатність кишки;
 - при життєздатній кишці виконується, за необхідністю, назогастроєюнальна інтубація привідного до місця непрохідності відділу кишки та ушивання черевної порожнини;
 - при порушенні гемодинаміки у стінці кишки в ділянці ілеоцекального вугла – правобічна геміколектомія, а при заверті сигмоподібної кишки при подовженій сигми – її резекція та прийняття рішення про формування анастомозу або формування стоми, бажано за Мікуличем;
 - питання завершального етапу операції залежать від стану привідних петель кишок та наявності запальних змін у черевній порожнині.

Гостра непрохідність кишок змішана (інвагінація кишки)

1. Змішана гостра непрохідність кишок:

- **тонка та товста кишки** (інвагінація кишок):
 - при інвагінаційній непрохідності обсяг хірургічного втручання може включати дезінвагінацію кишки з обов'язковим визначенням причини її розвитку (наявність поліпів), а при неможливості виконати дезінвагінацію та наявності деструктивних змін

у стінці кишки та її брижі – виконується резекція кишки з інвагінатом на принципах відступу від меж за стандартами странгуляційної непрохідності, а при наявності поліпа, якщо є причини інвагінації – резекція кишки з поліпом або ентеротомія та поліпектомія.

Модель клінічного випадку №2 – Гостра непрохідність кишок обтураційна

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction/ J.J. Diaz et al. // The Journal of trauma, 2008; 64(6):1651-64 Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction / D. Vogel et al. // Dis Colon Rectum 2016; 59: 589–600 Guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group / R.P.Broek et al. // World Journal of Emergency Surgery 2018;13:24	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін в клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня тяжкості стану хворого виконуються (повторюються) аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь дегідратації та інші. 2. При надходженні хворого до хірургічного відділення та відділення інтенсивної терапії, хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією гіповолемії, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого). 4. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції. 5. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. Бажані методи діагностики 1. При необхідності виконують повторні аналізи та рентгенологічні дослідження

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризація центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функції життєво важливих органів; - призначаються і виконуються дії, спрямовані на ліквідацію обтураційної непрохідності кишок (клізмами), при ефективності цих дій гостра непрохідність переводиться у підгостру і пацієнт підлягає відстроченій операції, а при неефективності цих заходів виконується термінова операція. - Підготовка хворого до операції і промивання шлунка (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). - Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). - Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу, з наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.1). - Премедикація за 30-40 хв до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). - Знеболення загальне (Розділ 4.7). - Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). Хірургічне втручання*. - Післяопераційне лікування у ВІТ, із наступним переводом до хірургічного відділення: - нагляд за хворим, відображення його стану кожну добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показаннями); - перев'язки; - харчування залежно від стану хворого.
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: - Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. - Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи - Режим праці, обмеження важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №2.

Загальні питання хірургічної техніки в лікуванні гострої непрохідності кишок (ГНК)

1. Операція з приводу гострої непрохідності кишок виконується під загальним знеболенням (ендотрахеальний наркоз із ШВЛ).
2. При непрохідності кишок виконується середньо-серединна лапаротомія, при необхідності – з висіченням післяопераційних рубців (в деяких випадках може бути застосований лапароскопічний доступ):
 - а) **операція у зв'язку із ГНК включає:**
 - встановлення причини та рівня непрохідності (ліквідація непрохідності є вузловим моментом хірургічного втручання і залежить від причини непрохідності);
 - ліквідацію морфологічного субстрату непрохідності (не виключає потреби в проведенні ревізії усієї тонкої та товстої кишок, а при переповненні її кишковим вмістом – після декомпресії кишки через зонд або відкритим методом);
 - визначення показань до декомпресійної інтубації кишкової трубки та вибір методу дренування;
 - визначення життєздатності кишки в зоні перешкоди та показань до резекції кишки в ділянці перешкоди (показання до резекції кишки ґрунтуються на візуальних ознаках – наявність пухлини, її локалізація та цілісність пухлини і привідної кишки);
 - при необхідності виконання резекції кишки з привідного кінця відступають від зони зміненої ділянки кишки в межах збереженого кровообігу у кишці, необхідного для формування анастомозу чи стом;
 - санацію та дренування черевної порожнини за наявності перитоніту;
 - б) **показаннями до декомпресійної інтубації тонкої кишки є:**
 - переповнення привідної петлі кишковим вмістом;
 - наявність розповсюдженого перитоніту;
 - розповсюджений спайковий процес у черевній порожнині;
 - в) **наявність розповсюдженого перитоніту потребує санації та дренування черевної порожнини за принципами лікування гострого перитоніту (дивись протокол «Гострий перитоніт»).**

Гостра непрохідність кишок обтураційна (обтурація кишки пухлиною)

1. **Тонка кишка** (проксимальна та дистальна частини):
 - **при обтурації тонкої кишки пухлиною** операцією вибору є резекція тонкої кишки з видаленням прилеглої ділянки брижі, де знаходяться регіональні лімфовузли та формування анастомозу поміж привідною та відвідною петлями тонкої кишки бажано «бік у бік» або «кінець в кінець», а при неможливості видалення кишки з пухлиною виконується обхідний міжкишковий анастомоз;
 - при локалізації непрохідності у дистальних відділах тонкої кишки операція починається з інтубації привідних відділів тонкої кишки інтубаційним зондом, аспірації кишкового вмісту та, після формування анастомозу, проведення зонду за сформований анастомоз.
2. **Ободова кишка** (права половина, поперечно-ободова кишка, ліва половина, сигмоїдальна кишка):
 - **при локалізації непрохідності в правих відділах ободової кишки** (ілеоцекальний кут, висхідний відділ ободової кишки, печінковий вигин ободової кишки) виконується правобічна геміколектомія, а при неможливості видалення пухлини – обхідний ілеотрансверзоанастомоз;
 - **при локалізації непрохідності у поперечно-ободовій кишці** та переповненні її привідного відділу операцією вибору є розширена правобічна геміколектомія з видаленням поперечної ободової кишки та формуванням ілеотрансверзоанастомозу «бік у бік» (при неможливості видалити кишку з пухлиною обсяг симптоматичної операції повинен включати ілеостомію);
 - **при локалізації непрохідності у селезінковому вигині, низхідному відділі ободової кишки:** операцією вибору при компенсованому стані хворого є лівобічна геміко-

лектомія, яка при повноцінному випорожненні привідних відділів кишок від кишкового вмісту завершується товсто-товстокишковим анастомозом, або формуванням двостовбурової стоми за Мікуличем, або одностовбуровою стомою за Гартманом (при великому ризику видалення пухлини, відсутності підготовленої бригади лікарів, тяжкому стані хворого виконують багатоетапні операції, першим із яких є формування двостовбурової трансверзостоми, другим – резекція кишки з пухлиною з можливою ліквідацією колостоми або закриття її на третьому етапі);

- **при локалізації непрохідності у сигмоподібній кишці:** операцією вибору є резекція сигмоподібної кишки з формуванням анастомозу при повноцінному випорожненні привідних відділів кишок від кишкового вмісту, а при неможливості випорожнення привідних відділів кишки формується двостовбурова стома за Мікуличем чи одностовбурова за Гартманом (при важкому стані хворого і високому ризику проведення резекції сигмоподібної кишки з пухлиною виконують багатоетапні операції, першою із яких є двостовбурова трансверзостомія, другою – резекція сигмоподібної кишки і третьою – закриття трансверзостоми);
- **при локалізації гострої непрохідності у прямій кишці:**
 - операцією вибору є двостовбурова трансверзостомія із наступною низькою передньою резекцією прямої кишки та формуванням анастомозу «кінець в кінець» або з низведенням сигмоподібної кишки на промежину.

Гостра непрохідність кишок обтураційна (обтурація кишки жовчним камінцем)

При обтурації тонкої кишки жовчним камінцем, безоаром, клубком аскарид виконується переміщення їх у товсту кишку, а при неможливості такої маніпуляції – виконання поздовжньої ентеротомії з вилученням причини обтурації та ушиванням стінки кишки у поперечному напрямку.

Guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group

R.P.Broek, P. Krielen, S. Di Saverio,
World Journal of Emergency Surgery 2018 13:24
<https://doi.org/10.1186/s13017-018-0185-2>

Причини непрохідності кишок

Рекомендація 1. Спайкова непрохідність тонкої кишки (СНТК) є однією з провідних причин захворюваності, смертності та витрат на охорону здоров'я в екстреній хірургії. **А.**

Рекомендація 2. Спайкова непрохідність тонкої кишки є причиною, що викликає виражену морбідність, при середній тривалості госпіталізації 8 днів і 3% смертності в лікарні.

Рекомендація 3. Спайкова непрохідність має високу частоту рецидивів. Ризик спайкової непрохідності тонкої кишки може бути дещо нижчим після лапароскопічної, в порівнянні з відкритою колоректальною хірургією, але результати не підтверджені в рандомізованих дослідженнях. **В.**

Попередження спайкового процесу у черевній порожнині

Рекомендація 4. Лапароскопічна хірургія зменшує утворення спайок та може зменшити ризик виникнення СНТК. **1б.**

Рекомендація 5. Гіалуронат карбоксиметилцелюлоза знижує утворення спайок та ризик повторних втручань з приводу СНТК. Використання цього бар'єру здається економічно ефективним при відкритій колоректальній хірургії. **1.**

Діагностика непрохідності кишок

Рекомендація 6. Оглядова рентгенографія має лише обмежене значення у дослідженні пацієнтів з непрохідністю тонкої кишки. **2с.**

Рекомендація 7. Оптимальна діагностика повинна включати КТ-сканування з оральним введенням водорозчинного контрасту.

Рекомендація 8. За відсутності необхідності проводити негайну операцію, оглядову рентгенографію слід проводити через 24 години. Якщо контраст досягне товстої кишки, це є ознакою розршення (відсутності) непрохідності. 16.

Рекомендація 9. Довгі триходові назоентеральні зонди є більш ефективними, ніж назошлункові, при неоперативному лікуванні, але вимагають ендоскопічного встановлення. 2с.

Рекомендація 10. Початкова оцінка повинна бути доповнена оцінкою конституційних показників та результатів лабораторного дослідження, принаймні аналізу крові, лактату, електролітів та залишкового азоту/креатиніну. 2D.

Лікування гострої непрохідності кишок

Рекомендація 11. За відсутності ознак, що потребують хірургічного втручання (тобто перитоніту, странгуляції або ішемії кишок), неоперативне лікування є стратегією вибору. 2с.

Рекомендація 12. Пробний період неоперативного лікування може бути безпечним протягом до 72 годин. 26.

Рекомендація 13. Лапароскопічний вісцероліз може зменшити морбідність у окремих випадках СНТК, які потребують операції. Результати рандомізованого дослідження очікуються. 2с.

Рекомендація 14. Антиадгезивні бар'єри знижують ризик рецидиву після оперативного лікування СНТК. 26.

Рекомендація 15. Потрібні додаткові дослідження щодо впливу супутніх захворювань у літніх пацієнтів на оптимальне лікування СНТК. Хворі на діабет можуть вимагати швидшого оперативного втручання. С.

Intestinal obstruction, paralytic ileus and pseudo-obstruction

Кишкова непрохідність, паралітична непрохідність кишок та псевдообструкція (рекомендація доказової медицини)

EBM Guidelines

Jul 20, 2018 • Latest change Mar 28, 2017

Jyrki Mäkelä

<http://www.ebm-guidelines.com/go/ebm/ebm00196.html>

Головні напрямки лікування гострої непрохідності кишок

1. Визначте та лікуйте гостру механічну кишкову непрохідність негайно. Лікування странгуляційної непрохідності – в ургентному порядку.
2. При паралітичній непрохідності слід почати консервативне лікування якомога швидше.
3. При псевдообструкції товстої кишки показане відведення газів або призначення неостигміну + глікопіронію.

Етіологія непрохідності кишок

Механічна непрохідність

- Спайки внаслідок черевної хірургії.
- Пухлина шлунково-кишкового тракту (зокрема, колоректальний рак).
- Невправима грижа.
- Дивертикуліт.
- Заворот.
- Запальна стриктура (хвороба Крона, рецидивний дивертикуліт).
- Інвагінація.
- Фекальні ущільнення (часто), харчово-індукований безоар, жовчний камінь (рідко).
- При странгуляційній ротації кишечника зупиняється місцевий кровообіг.

Паралітична непрохідність

- Хірургія, частковий параліч.
- Сучасна мета – почати ентеральне харчування незабаром після операції.
- Тяжка системна хвороба (наприклад, інфекція, особливо септицемія).
- Тяжка травма.

- Запор у людей похилого віку, що не піддається розрешенню, може мати характеристики як механічної обструкції, так і паралітичної непрохідності.
- Можливі етіологічні фактори включають отруєння, неврологічні захворювання та порушення обміну речовин.

Псевдообструкція ободової кишки (синдром Огілві (Ogilvie))

Значна дилатація та наповнення газом (мегаколон) можуть бути пов'язані з будь-яким захворюванням, що впливає на загальний стан, операції (зокрема, на серці та кульшові), або препарати, що пригнічують стан кишкової моторики. Відсутність септичних симптомів вказує на токсичний мегаколон.

Симптоми непрохідності кишок

Механічна непрохідність

- Напади колючоподібного болю у животі.
- При завороті біль стає безперервним і зростає. Загальний стан хворого згодом погіршується і розвиваються симптоми подразнення очеревини. Розвивається повна непрохідність, напади лихоманки, а запальні маркери в крові підвищені.
- Блювота є раннім симптомом при проксимальній обструкції, пізнім або повністю відсутнім при обструкції товстої кишки.
- Здуття черевної порожнини відзначається при обструкції ободової кишки.
- У фазі коліки звуки кишечника часті й високі.
- На пізній стадії непрохідності звуки кишечника стають тихими.

Паралітична непрохідність

- Припинення перистальтики (відсутність дефекації або проходження повітря).
- Живіт стає роздутим.
- Звуки кишечника відсутні.
- Іноді можна почути плескіт, коли живіт підтовхується з боку, у положенні пацієнта лежачи на спині.
- Біль відсутній, або незначний і розлитий, не колючоподібний.

Псевдообструкція ободової кишки

- Здуття живота, відсутність перистальтики, біль незначний.
- Товста кишка роздута по всій довжині за даними оглядової рентгенограми, без ознак обструкції.
- Явні симптоми інфекції свідчать про токсичний мегаколон, який зазвичай повинен бути невідкладно оперованим.

Діагностика непрохідності кишок

- Повторні аускультатії та пальпації живота (спостереження за болісністю та плескотом).
- Оглядова абдомінальна рентгенографія завжди повинна проводитися з пацієнтом у вертикальному положенні або лежачи на боці, якщо загальний стан хворого є поганим.
- Наповнені повітрям, розтягнуті петлі кишечника або рівні рідини підтверджують діагноз і вказують на рівень обструкції.
- Накопичення фекальних мас часто можна побачити на рентгенограмі.
- Завжди відзначають наявність вільного повітря в черевній порожнині (під діафрагмою на вертикальній рентгенограмі).
- Виявлення вільного повітря є ознакою негайної консультації хірурга.
- Провести інфекційні тести (CRP) при паралітичній непрохідності, якщо причина не є очевидною (можливість абдомінальної інфекції (панкреатит, холецистит)).
- КТ з контрастуванням, що виконується в лікарні, допомагає диференціювати загальну та часткову обструкцію, оцінити стан стінки кишечника та кровопостачання. При повторних дослідженнях контрастне середовище Gastrografin® (діатризоєва кислота) стимулює перистальтику і може розрішити часткову непрохідність.

Лікування непрохідності кишок

Вибір місця лікування

При підозрі на кишкову непрохідність пацієнт повинен бути госпіталізованим під час першого візиту до відділення невідкладної допомоги лікарні, за винятком важких закрепів, які можна лікувати у відділі первинної допомоги або амбулаторно.

Пацієнтів із задовільним загальним станом з паралітичною непрохідністю або незначною механічною обструкцією можна лікувати в умовах загальнопрофільного стаціонару, якщо відома етіологія (старі спайки, закреп).

Пацієнта з обструкцією із болювим синдромом слід госпіталізувати до хірургічного відділення. Це особливо важливо для своєчасної діагностики странгуляції, яка може спричинити перфорацію некротизованої кишки.

Інфузійна терапія

- Як механічна, так і паралітична непрохідність пов'язані з утриманням рідини в кишечнику і (у важких випадках) черевній порожнині, що призводить до зневоднення та електролітного розладу.
- Призначається інфузійний ізотонічний розчин; спочатку 2000-4000 мл, а потім слід керуватися периферичним кровообігом, виділенням сечі, ознаками зневоднення, а також рівнем натрію та калію в сироватці крові.

Спорожнення кишечника

- Не давайте рідину або їжу перорально до розрешення обструкції або відновлення перистальтики і присутності звуків кишечника у випадках паралітичного ілеусу.
- Назогастральний зонд корисний при проксимальній обструкції, але необов'язковий при паралітичній непрохідності, якщо немає блювоти.
- Спорожніть кишечник і відведіть гази за допомогою газовідвідної трубки, якщо живіт роздутий.
- Якщо можливо, слід припинити використання таких препаратів, що зменшують рухливість, наприклад, антихолінергічних препаратів та опіоїдів.
- Лікування псевдообструкції товстої кишки складається з декомпресії товстої кишки за допомогою газовідвідної трубки або, при необхідності, шляхом аспірації колоноскопом (або сигмоїдоскопом). 0,5-2 мл комбінованого препарату неостигміну + глікопіронію (містить 2,5 мг неостигміну і 0,5 мг глікопіронію на мл) внутрішньовенно. Брадикардію, викликану неостигміном, можна лікувати додатковою дозою глікопіронію або атропіном. Відповідно тахікардію, викликану глікопіронієм, можна коригувати відповідною дозою неостигміну.
- Оперативне лікування протипоказане при псевдообструкції.

Лікування основної причини

Основну причину, таку як інфекції, слід правильно лікувати при паралітичній непрохідності. Показання для хірургічного лікування механічної обструкції: неминуча странгуляція, защемлена грижа, перекут, підозри на перфорацію кишки, радіологічно підтверджена тотальна обструкція, первинна хвороба, що вимагає операції (наприклад, пухлина, що перешкоджає просуванню вмісту кишки).

Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction

Клінічні практичні вказівки для завороту ободової кишки та гострої товстокишкової псевдонепрохідності

D. Vogel, M.D. • Daniel L. Feingold, M.D. • David B.

Dis Colon Rectum 2016; 59: 589–600 DOI: 10.1097/DCR.0000000000000602

Заверт ободової кишки

Рекомендація 1. Початкова оцінка повинна включати вивчення анамнезу та фізикальне дослідження, загальний аналіз крові, електролітів у сироватці крові та оцінку функції нирок. 1С.

Рекомендація 2. Діагностична візуалізація завороту ободової кишки спочатку базується на оглядовій рентгенограмі черевної порожнини і часто включає підтвердження з використанням іригоскопії або комп'ютерної томографії. 1С.

Заверт сигмоподібної кишки

Рекомендація 1. Необхідно провести ригідну або гнучку ендоскопію, щоб оцінити життєздатність сигмовидної кишки і для проведення початкової деторсії та декомпресії товстої кишки. 1С.

Рекомендація 2. Невідкладна резекція, як правило, показана, коли ендоскопічна деторсія сигмовидної кишки неможлива і у випадках нежиттєздатної ободової кишки або її перфорації. 1С.

Рекомендація 3. Резекція сигмовидної (сигмоїдектомія) кишки повинна розглядатися після розрешення гострої фази її завороту, щоб запобігти рецидиву завороту. 1С.

Рекомендація 4. Операції, не пов'язані з резекцією, зокрема деторзія, сигмопластика та мезосигмопластика, поступаються резекції сигмовидної кишки в профілактиці рецидивуючих заворотів. 2С.

Рекомендація 5. Ендоскопічна фіксація сигмовидної кишки може розглядатися у окремих пацієнтів, у яких резекція кишки є надмірним ризиком. 2С.

Заверт сліпої кишки

1. Спроби виконання деторсії взагалі не рекомендуються. 1С.
2. При завороті сліпої кишки необхідна резекція у пацієнтів з нежиттєздатною чи перфорованою кишкою. Резекція також є відповідним втручанням для пацієнтів з життєздатною кишкою, які є хорошими кандидатами для оперативного лікування. 1С.
3. При завороті сліпої кишки з життєздатною кишкою нерезекційні оперативні процедури можуть бути підходящою альтернативою резекції. 2С.

Гостра псевдообструкція ободової кишки (ГПОК)

Рекомендація 1. Початкова оцінка повинна включати вивчення анамнезу та фізикальне дослідження, загальний аналіз крові, електролітів у сироватці крові, оцінку функції нирок та діагностичні методи візуалізації. 1С.

Рекомендація 2. Початкове лікування ГПОК є підтримуючим і зосереджене на ліквідації або виправленні умов, що обумовлюють схильність до ГПОК або підтримують його розвиток. 1С.

Рекомендація 3. Фармакологічне лікування неостигміном є належним наступним кроком для лікування ГПОК, яка не вирішується підтримуючою терапією. 1В.

Рекомендація 4. Ендоскопічна декомпресія товстої кишки повинна розглядатися у пацієнтів із ГПОК, у яких терапія неостигміном є протипоказаною або неефективною. 1В.

Рекомендація 5. Оперативне лікування рекомендується для ГПОК, ускладненої ішемією товстої кишки або перфорацією, або при неефективності фармакологічної та ендоскопічної терапії. 1С.

Guidelines for Management of Small Bowel Obstruction

Jose J. Diaz, Faran Bokhar¹, Nathan T.

July 2008 The Journal of trauma 64(6):1651-64

DOI: 10.1097/TA.0b013e31816f709e

(Практичне керівництво з непрохідності тонкої кишки. Робоча група EAST (Євразійська асоціація хірургів та травматологів) з непрохідності тонкої кишки)

Діагностика

Рекомендація 1. Усі пацієнти, яких обстежують на предмет непрохідності тонкої кишки, повинні виконувати оглядову рентгенограму, тому що при визначенні наявності або відсутності непрохідності оглядова рентгенограма така ж чутлива, як і КТ. СР 3.

Рекомендація 2. Усі пацієнти з підозрою на повну або високу кишкову непрохідність з відсутністю симптомів на оглядовій рентгенограмі проходять КТ, оскільки вона дає інкрементну інформацію про ступінь непрохідності та етіологію непрохідності тонкої кишки, що призводить до змін у плановому лікуванні. СР 1.

Рекомендація 3. Множинні ознаки на КТ, що передбачають захворювання, повинні передбачати низький рівень для виконання хірургічного втручання. СР 2.

Рекомендація 4. МРТ і ультразвук є альтернативою КТ, але мають кілька обмежень у галузі матеріально-технічного забезпечення. СР 3.

Рекомендація 5. Існує безліч літературних джерел, у яких контрастні дослідження слід проводити пацієнтам, які не мають покращень після 48 годин консервативного лікування, тому що звичайне контрастне дослідження може виключити хірургічне лікування непрохідності тонкої кишки. СР 2.

Рекомендація 6. Низькоосмолярна неіонна контрастна речовина є альтернативою барію для контрастних досліджень у діагностиці кишкової непрохідності. СР 1.

Лікування

Рекомендація 1. Пацієнти з виявленою на рентгенограмі непрохідністю тонкої кишки та клінічними ознаками (лихоманка, лейкоцитоз, тахікардія, метаболічний ацидоз і безперервний біль) або перитонітом при фізикальному дослідженні вимагають оперативного втручання. СР 1.

Рекомендація 2. Пацієнти без вищевказаної клінічної картини, а також з частковою або повною кишковою непрохідністю, можуть безпечно лікуватись консервативно; хоча повна непрохідність має вищий рівень несприятливого результату. СР 1.

Рекомендація 3. Пацієнти без поліпшення на фоні консервативної терапії на 3-5 день неінвазивного лікування повинні пройти обстеження з використанням водорозчинної контрастної речовини або бути прооперовані. СР 3.

Рекомендація 4. Немає істотної різниці в досягненні декомпресії, отриманої в результаті консервативного або хірургічного втручання, з використанням назоінтестинального або назогастрального зонду. СР 1.

Рекомендація 5. Водорозчинний контраст (Гастрографін), даний при діагностиці часткової непрохідності тонкої кишки, може покращити функцію кишків (час до випорожнення), зменшити тривалість перебування в стаціонарі й бути одночасно терапевтичним та діагностичним засобом. СР 2.

Рекомендація 6. У відібраної групи пацієнтів слід використовувати лапароскопічне лікування непрохідності тонкої кишки, що призводить до скорочення часу перебування в стаціонарі. СР 2.

3.6. Стандарти організації та алгоритм з надання медичної допомоги хворим з гострою кровотечею у просвіт ШКТ в умовах стаціонару

1. Нозології.

А) Кровотеча із верхнього відділу ШКТ:

а) *стравохід*:

Рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та кровотечею. Код МКХ – К 21
Фіброз та цироз печінки із синдромом портальної гіпертензії та кровотечею. Код МКХ – К 74

Синдром Меллорі – Вейса. Код МКХ – К 22.6

б) *шлунок*:

Виразка шлунка, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 25.4

Гостра виразка шлунка, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 25.3

Рак шлунку, ускладнений кровотечею. Код МКХ – C16

в) *дванадцятипала кишка*:

Виразка ДПК, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 26.4

Гостра виразка ДПК, ускладнена кровотечею. Код МКХ – K26.3

г) *пептична (післяопераційна) виразка*:

Пептична (післяопераційна) виразка анастомозу, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 28.4

Виразка ДПК після ізольованої СПВ, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 27.4

Б) Кровотеча із нижнього відділу ШКТ:

Рак кишки, ускладнений кровотечею. Код МКХ – C18; C19

Хронічний геморой, ускладнений гострою кровотечею. Код МКХ – I84

Хвороба Крона, ускладнена кровотечею. Код МКХ – К 50

Виразковий коліт, ускладнений кровотечею. Код МКХ – К 51

Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею. Код МКХ – К 57

В) Шлунково-кишкова кровотеча невстановленої етіології. Код МКХ – К 92.2

2. Протоколи призначені для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гострою кровотечею у просвіт ШКТ.

3. Мета протоколів. Сформувані комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим з гострою кровотечею у просвіт ШКТ старше 18 років шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

**Загальні питання надання медичної допомоги хворим
з гострою кровотечею у просвіт ШКТ в умовах стаціонару**

1. Клінічні прояви синдрому гострої кровотечі в порожнину ШКТ.

А) Скарги:

- загальна слабкість;
- запаморочення;
- серцебиття;
- нудота;
- блювання кров'ю або вмістом типу «кавової гущі»;
- сухість у роті;
- наявність чорного рідкого калу («мелена»), чорного оформленого калу, червоної (артеріальної) або темної (венозної) крові в калі.

Б) Історія захворювання:

- виразкова хвороба в анамнезі, можлива «німа виразка»;
- вказівки на печію, вживання соди, біль у животі в нічний час;
- біль, що спостерігався в епігастрії, зникає, і з'являються ознаки кровотечі (с-м Бергмана);
- ознаки портальної гіпертензії (асцит, гепатоспленомегалія);
- вживання алкоголю і надмірне вживання їжі напередодні, нестримне блювання;
- клінічні прояви, характерні для запальної патології ободової та прямої кишки.

В) Об'єктивні прояви:

- блідість шкіряних покривів;
- тахікардія, зниження АТ;
- язик вологий;
- живіт симетричний, бере участь в акті дихання;
 - + при пальпації: відсутнє напруження, болісність і симптоми подразнення очеревини;
 - + при перкусії: печінкова тупість збережена, у відлогих місцях живота – тимпаніт;
 - + при аускультатії: підвищення звучності перистальтичних шумів;
 - + при ректальному дослідженні: на рукавичці рідкий («мелена») або сформований кал чорного кольору, виділення із прямої кишки вмісту типу «малинового желе», темної або червоної крові.

2. Термінологія клінічних проявів гострої кровотечі в просвіт ШКТ:

А) Блювання яскраво-червоною кров'ю (*haematemesis*), кров'ю коричневого кольору («кавова гуща») вказує на те, що джерело кровотечі знаходиться вище зв'язки Трейтца (такі клінічні прояви характерні, як правило, для кровотечі із стравоходу, шлунку або ДПК);

Б) Мелена (*melaena*) – дьогтеподібний кал, обумовлений вмістом крові, на яку вплинув кислий вміст шлунку:

- по кольору випорожнень неможливо точно визначити ні джерело кровотечі, ні час проходження крові через кишку;
- до ШКТ кров під дією бактерій та перетравлюючих соків із червоної стає чорного кольору або дьогтьоподібною (цей процес займає декілька годин);
- кров у просвіті ШКТ може діяти як послаблююче, прискорюючи пасаж кишкового вмісту, що залежить від обсягу крововтрати та темпу кровотечі;
- якщо пасаж досить швидкий, то кровотеча із шлунка або дванадцятипалої кишки може супроводжуватись виділенням незміненої крові;
- мелена характерна для кровотеч із верхніх відділів ШКТ.

В) Кров у калі (червона) не змінена (*haematochezia*):

- червона кров у калі свідчить про ушкодження слизової оболонки прямої або сигмоподібної кишки (водночас може бути і наслідком кровотечі із верхніх відділів ШКТ при масивній кровотечі).

3. Клінічні та диференційно-діагностичні прояви ШКК залежно від локалізації джерела кровотечі та анамнестичних даних (табл. 1).

Таблиця 3.1

Диференційно-діагностичне значення зовнішніх проявів ШКК

Ознаки	Локалізація джерела кровотечі / інтенсивність кровотечі
Блювання кров'ю	Стравохід, шлунок, ДПК
- блювання малозміненою кров'ю	- інтенсивна кровотеча (частіше – хронічна або гостра виразка шлунка, пухлина шлунка, синдром Меллорі – Вейса)
- блювання вмістом типу «кавової гущі»	- хронічна виразка ДПК, помірна за інтенсивністю шлункова кровотеча (частіше – хронічна виразка)
- блювання темною кров'ю та її згортками	- стравохідно-кардіальні флєбектазії на тлі портальної гіпертензії, виразки шлунка та ДПК, пухлина шлунка, ерозивно-геморагічний гастрит, дуоденіт
- багаторазове блювання кров'ю і поява в подальшому мелени	- характерне для масивної кровотечі
- блювання, яке повторюється через короткотермінові проміжки часу	- свідчить про кровотечу, яка продовжується (повторне блювання кров'ю через довготривалий проміжок часу – ознака кровотечі, яка поновилася)
- рясне блювання малозміненою кров'ю	- прогностично найбільш небезпечна ситуація (чим частіше спостерігається багаторазове блювання незміненою кров'ю, тим вища летальність)
- одночасна поява кривавої блювоти і мелени	- найбільш висока вірогідність несприятливого прогнозу
Характер випорожнень	Вірогідне джерело кровотечі
- мелена (чорний, дьогтьоподібний кал)	- кровотеча із верхніх відділів травного тракту – ДПК, шлунок (свідчення довготривалого перебування крові в кишці)
- кал темно-вишневого кольору	- профузна кровотеча із верхніх відділів ШКТ (кровотеча із тонкої кишки або правої половини ободової кишки)
- кал типу «малинового желе»	- кровотеча із лівої половини ободової кишки
- малозмінена кров, перемішана з калом	- кровотеча із прямої кишки (інтенсивна кровотеча)
- сформований чорний кал	- відходження старої крові при немасивній кровотечі із верхнього відділу ШКТ
- струменеве виділення крові наприкінці акту дефекації	- кровотеча із гемороїдальних вузлів
- кров на поверхні сформованого калу з одного боку	- кров із тріщини заднього проходу

4. Алгоритм комплексної діагностичної та лікувальної допомоги у хворих з гострою кровотечею в просвіті ШКТ.

А) Захворювання стравоходу:

а) рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та кровотечею (див. УАМД «Рефлюксна хвороба»):

- ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу;
- пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, антацидні засоби, профілактика рефлюксу (осетрон);
- корекція дефіциту ОЦК та крововтрати;
- системна гемостатична терапія (транексамова кислота, етамзилат);

б) синдром Меллорі – Вейса:

- ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу;

- під тотальною в/в анестезією ендоскопічний вплив на джерело кровотечі з метою гемостазу (інфільтраційний вплив, МЕВ);
- пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, профілактика блювання та гикавки (осетрон);
- корекція дефіциту ОЦК та крововтрати;
- системна гемостатична терапія (транексамова кислота, етамзилат);
- хірургічна операція у виняткових випадках при неефективності гемостазу (лапаротомія, гастротомія, ушивання розривів слизової оболонки кардіального відділу шлунка);

в) варикозне розширення вен стравоходу та шлунку, ускладнене кровотечею:

- ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотечі;
- вплив на БРВ з активною кровотечею методом установки зонду Блекмора або кліпування, бажано протягом доби, виконується під тотальною в/в анестезією, можлива оклюзивна склеротерапія або лігування (тільки вен стравоходу) чи комбінація кліпування з інтравазальною склеротерапією (при відсутності протипоказань у вигляді асцити, печінково-ниркової недостатності);
- фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі й запобігання її ранньому рецидиву: повинна застосовуватись і призначатись, як тільки запідозрена варикозна кровотеча (вазоактивні препарати – **вазопресин** 0,2-0,4 од/хв, можливо підвищення до 0,8 од/хв. в/в, або **терліпресин** 2 мг в/в кожні 4 год; доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась, **октреотид** (при наявності протипоказань для застосування **терліпресину**) 50-100 мкг в/в болюсно, з наступною безперервною інфузією 5 мкг/год протягом 5 діб), ендохірургічні втручання (склеротерапія, кліпування, лігування варикозно розширених вен стравоходу), лікування печінкової недостатності (див. УАМД «Цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією і кровотечею»);
- корекція дефіциту ОЦК та крововтрати;
- попередження та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності;
- при неефективності наведеної лікувальної тактики – хірургічна операція (гастротомія з прошиванням флектазій кардії, операції з розділення портокавальних анастомозів, шунтуючі операції, рентгенендоваскулярні методи);

Б) Захворювання шлунку, ДПК та післяопераційні виразки (хірургічне втручання тільки при неефективності медикаментозної гемостатичної, антисекреторної терапії та ендоскопічного гемостазу):

а) основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічну верифікацію джерела кровотечі;
- ендоскопічний гемостаз, ендоскопічний моніторинг та профілактику рецидиву кровотечі;
- пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи);
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, етамзилат);
- корекцію дефіциту ОЦК та крововтрати;
- профілактику та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності;

б) при неефективності усього комплексу консервативних заходів – екстрене хірургічне втручання.

При виразковій хворобі шлунка:

- висічення виразки (клиноподібна резекція шлунка);
- резекція шлунка (різного обсягу) залежно від локалізації та розміру виразки.

При виразковій хворобі ДПК:

- органозберігаючі операції з ваготомією (висічення виразки та дуоденопластика, прошивання пенетруючих виразок невеликих розмірів до 1 см в діаметрі, екстериторизація – виведення пенетруючої виразки за межі кишки та пілородуоденопластика, антрумектомія у поєднанні зі стовбуровою чи селективною ваготомією);
- при наявності у пацієнта геморагічного шоку з крововтратою тяжкого та вкрай тяжкого ступеня або при наявності у пацієнта важкої супутньої патології, операцією вибору є прошивання виразки, що кровоточить або локальне висічення виразки зі стовбуровою ваготомією).

При рецидивній виразці ДПК після ізольованої СПВ або пілородуоденопластики з ваготомією:

- органозберігаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія в поєднанні з антру-мектомією або висіченням виразки та пілоропластикою, чи з екстериторизацією – виведенням виразки за межі кишки та пілородуоденопластикою).

При пептичній (післяопераційній) виразці анастомозу:

- при виразці гастроентеро- або гастродуоденоанастомозу після резекції шлунка (висічення виразки, яка кровить, стовбурова ваготомія або ревізія повноти попере-дньої ваготомії, можлива ререзекція шлунка).

В) Захворювання тонкої та товстої кишки:

а) лікувальна тактика починається з гемостатичної терапії та корекції крововтрати:

- системна гемостатична терапія (транексамова кислота та інші);
- корекція дефіциту ОЦК та крововтрати;
- інструментальна верифікація джерела кровотечі (при підозрі на патологію товстої кишки – колоноскопія, УЗД, КТ; при патології тонкої кишки – КТ, ентероскопія, ангіографія);

б) подальше лікування:

- **Рак кишки ускладнений кровотечею (див. УАМД «Пухлина тонкої або товстої кишок»).**
- **Хронічний геморой, ускладнений гострою кровотечею,** – при гострій кровотечі та масивній крововтраті – термінове лігування вузлів, які кровоточать.
- **Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею (див. УАМД «Дивертикульоз ободової кишки»).**
- **Хвороба Крона, ускладнена кровотечею (див. УАМД «Хвороба Крона»).**
- **Виразковий коліт, ускладнений кровотечею (див. УАМД «Виразковий коліт»).**

Г) Шлунково-кишкова кровотеча невстановленої етіології:

а) основним методом лікування є консервативний, який включає:

- ендоскопічну (ЕГДС, колоноскопія, ентероскопія, ангіографія) верифікацію джере-ла кровотечі;
- системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, етамзилат);
- корекцію дефіциту ОЦК та крововтрати;
- профілактику та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності.

5. Складові хірургічної тактики при гострій кровотечі в просвіт ШКТ, залежно від терміну виконання операції та характеру захворювання.

А) Види оперативних втручань:

а) екстрена операція – виконується на висоті активної кровотечі чи її рецидиву;

б) термінова-відстрочена операція – виконується протягом першої-другої доби після спонтанної чи ендоскопічної зупинки кровотечі при наявності середнього або важкого ступеня тяжкості крововтрати та наявності клініко-ендоскопічних ознак високого ризику виникнення раннього рецидиву кровотечі;

в) рання планова операція – виконується в межах 4-6 діб після спонтанної чи ендоско-пічної зупинки кровотечі й повноцінної підготовки хворого до втручання при виразках та їх ускладненнях, які не піддаються лікуванню чи безперспективні для консерватив-ного методу лікування.

Б) Відмова від операції:

а) письмова відмова хворого від операції після доведення йому та його близьким обґрунтованих доказів необхідності операції;

б) перед- або агональний стан хворого (рішення про неможливість проведення операції приймає відповідальний хірург сумісно з анестезіологом, їх обґрунтоване рішення повинно бути обов'язково відображене в карті стаціонарного хворого).

В) Характер та обсяг оперативних втручань (визначають чотирма головними обставина-ми):

а) характером патологічного процесу, який обумовлює кровотечу (кровотеча із верхньо-го відділу ШКТ – виразка шлунка, ДПК, синдром Меллорі – Вейса, кровотеча із варі-козних вен стравоходу та ін. або кровотеча із нижнього відділу ШКТ – пухлина, виразковий коліт, дивертикульоз, геморой та ін.);

б) загальним станом хворого (компенсований, некомпенсований).

6. Діагностична ендоскопія при гострій ШКК із верхніх та нижніх відділів ШКТ.

А) **Організаційні питання надання ендоскопічної допомоги хворим із гострою ШКК:**

- а) шлунково-кишкова кровотеча є абсолютним показом до виконання ендоскопічного обстеження в перші години від моменту госпіталізації, зволікання з **проведенням обстеження призводить до зниження інформаційної цінності ЕГДС, не виявлення джерела кровотечі, а інколи й до неправильної тактики лікування;**
- б) лікарі-ендоскопісти в лікувальних закладах, куди госпіталізують хворих із ШКК, повинні володіти методами лікувальної ендоскопії;
- в) для ендоскопічного дослідження верхніх відділів ШКТ використовують ендоскоп з торцевою оптикою, який дозволяє виконати огляд стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки, а при дослідженні товстої кишки – колоноскоп;
- г) при компенсованому стані хворого місцем для проведення ЕГДС є кабінет ендоскопії, де знаходиться все обладнання та інструменти, що вирішують проблему пацієнта із ШКК, але у тяжких хворих з нестабільною гемодинамікою ЕГДС можливо проводити і в інших місцях (протишокова палата у приймальному відділенні, операційна, відділення інтенсивної терапії):
 - перед проведенням ЕГДС **обов'язково призначають премедикацію за 20-30 хв. до обстеження;**
 - проведення екстреного ендоскопічного обстеження хворого в стані алкогольного сп'яніння та з психічними захворюваннями повинно супроводжуватись обов'язковою анестезіологічною допомогою;
 - **ЕГДС проводиться без попереднього активного промивання шлунка після премедикації,** при неможливості оглянути шлунок та ДПК та при заповненні шлунка кров'ю виконується його промивання без активної аспірації його вмісту;
- г) **протипоказами** до виконання ендоскопічного дослідження є:
 - агональний стан хворого;
 - гостре порушення мозкового кровообігу;
 - серцево-легенева декомпенсація;
 - тяжке психічне захворювання;
 - значна деформація шийного відділу хребта;
 - відсутність адекватного контакту з пацієнтом;
- д) при нестабільній гемодинаміці (АТ менше 90 мм рт.ст.) у пацієнта без клінічних ознак кровотечі, що триває, обстеження можливо виконувати після її стабілізації на фоні інфузійної терапії;
- е) у хворих з клінічними ознаками кровотечі, що триває, виконують ЕГДС за абсолютними показами на тлі проведення протишокової інфузійної терапії, як крайній спосіб, для встановлення джерела кровотечі та її зупинки (в цьому випадку дослідження проводять після висновку консилиуму у складі хірурга, анестезіолога, ендоскопіста, щодо доцільності та можливості його проведення);
- є) перед проведенням ЕГДС хворий укладається на лівий бік, у шлунок вводять товстий шлунковий зонд і вміст шлунка самоплином витікає, при необхідності у шлунок вводять воду, але активну вакуум-аспірацію вмісту шлунка не проводять (можливий відрив тромбів), підготовку товстої кишки виконують клізмами;
- ж) ЕГДС у хворих із ШКК потрібно проводити з активною водною іригацією, змиваючи фіксовані згортки, під якими може бути джерело кровотечі, (треба проводити ретельний огляд, тому що знайдене джерело кровотечі може бути не одним, і окрім нього, може бути більш значуще джерело (наприклад, при синдромі Меллорі – Вейса або виразці Делафуа));
- з) при профузних кровотечах метою діагностичної ендоскопії є оцінка локалізації джерела кровотечі у стравоході, шлунку або ДПК, від чого залежить вибір хірургічної тактики:
 - для якіснішого огляду стравоходу при проведенні ендоскопічного дослідження необхідно підняти головний кінець столу, на якому виконують дослідження;
 - після встановлення джерела кровотечі та її інтенсивності, необхідно оцінити можливість ендоскопічної зупинки кровотечі.

Б) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ:

а) при проведенні ендоскопічного дослідження встановлюють наступне:

- джерело кровотечі, його локалізацію, розміри та обсяг деструкції;
- активність кровотечі;
- можливість застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу, а при наявності стигмат кровотечі (FIIa, FIIb), застосувати ендоскопічну профілактику рецидиву кровотечі;
- ознаки активності кровотечі (артеріальна кровотеча, підтікання крові з-під згортка, наявність свіжого згортка, червоного тромбу, тромбу в стані ретракції, тромбованої судини, виразкового дефекту під фібрином);

б) ендоскопічна класифікація неварикозних кровотеч із верхніх відділів ШКТ (ендоскопічна класифікація ознак кровотечі за Forest):

Клас F1 – активна кровотеча (кровотеча, що триває):

F 1a – активна струменева кровотеча;

F 1b – просочування (підтікання) крові;

F1x – підтікання з-під щільно фіксованого згортку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі.

Клас F2 – нестійкий гемостаз, ризик рецидиву кровотечі:

F 2a – «тромбована судина» (червона, чорна, біла) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм різного кольору;

F 2b – фіксований згортку (червоний, чорний, білий) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм різного кольору;

F 2c – дрібні тромбовані судини (чорні крапки).

Клас F3 – ознак кровотечі немає, гемостаз стійкий, дефект під фібрином;

в) ендоскопічна класифікація варикозних кровотеч із верхніх відділів ШКТ:

• колір вен у стравоході:

- **білий колір вен** свідчить про товстішу стінку (ризик кровотечі найменший);
- **сині вени**, які мають тоншу стінку і частіше кровочать;
- **червоні знаки** на венах вказують на підвищений ризик розвитку кровотечі з вен, який найвищий при гематоцистних плямах;

• розмір вен визначається ступенем пролабування їх у просвіт стравоходу в момент, коли він цілком розслаблений:

- **I ступінь** (діаметр вен до 5 мм, вени ледь визначаються на тлі слизової шлунка);
- **II ступінь** (розмір від 5 до 10 мм, солітарно-поліпоподібного характеру);
- **III ступінь** (вени діаметром понад 10 мм, у вигляді конгломерату вузлів, тонкостінні, поліпоподібного характеру);

• фактори ризику кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу:

- синій колір вен;
- почервогіння поверхні варикса або наявність «гематоцист» на його поверхні;
- різке розширення вен (III ступінь венектазії), їх локалізація проксимальніше на 3-4 см зони над стравохідно-шлунковим з'єднанням);
- езофагіт.

Б) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки:

а) при проведенні колоноскопії встановлюють наступне:

- наявність крові в ободовій та прямій кишках;
- кількість крові та її характер;
- джерело кровотечі, його локалізація та розміри;
- ознаки активності кровотечі (артеріальна, венозна).

8. Лікувальна ендоскопія при гострій ШКК із верхніх та нижніх відділів ШКТ.

А) Лікувальну ендоскопію при кровотечі в просвіт шлунково-кишкового тракту застосовують з метою:

а) тимчасової зупинки кровотечі;

б) остаточної зупинки кровотечі;

в) впливу на патологічний процес із зупиненою кровотечею для попередження її рецидиву в найближчий час.

- Б) При наявності кровотечі із хронічної чи гострої виразки шлунка, ДПК, синдрому Меллорі – Вейса, що триває (хворі 1 групи) та наявності недавньої кровотечі (стигмати FIIa, FIIb) використовують:
- ін'єкційне обколювання джерела кровотечі фізіологічним розчином або судинозвужуючими препаратами;
 - мініінвазивні ендоскопічні втручання (МІВ) спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику (біполярна коагуляція, аргонплазмова коагуляція, тепловий зонд, радіочастотна коагуляція, лазерна коагуляція, механічний гемостаз шляхом ендоскопічного кліпування, лігування, ендоскопічної ін'єкційної терапії – адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, спирт чи їх комбінація);
 - серед ендоскопічних способів гемостазу перевагу надавати:
 - механічним, тепловим або комбінованим методами за винятком групи FIIb – де виконують тільки ендоскопічну ін'єкційну терапію з адреналіном 1:10000;
 - при стигматах кровотечі (FIIa, FIIb) оптимальним для застосування є АПК як неконтактний термічний метод гемостазу;
 - при дифузних поверхневих ураженнях слизових найбільш ефективними є РЧК та АПК;
 - при поодиноких м'яких ураженнях (виразка Делафуа та ін.) найбільш ефективними є ЕКЛ чи комбінація ЕІТ з термічними методами або механічним гемостазом;
 - при відсутності необхідного обладнання для проведення ендоскопічного гемостазу (при надходженні хворого в районну лікарню чи лікарню, яка не приймає хворих з кровотечами) потрібно провести ендоскопічну ін'єкційну терапію етапно в об'ємі до 200-400 мл 0,9% розчину NaCl та викликати бригаду (ендоскопіст та хірург) по санації.
- В) При портальній гіпертензії з наявністю активної кровотечі використовують ендоскопічну склеротерапію, лігування або кліпування варикозно розширених судин стравоходу.
- Г) При пухлинному походженні кровотечі виконують електро- або лазерну коагуляційну обробку поверхні.
- Г) Пацієнтам з кровотечею, яка продовжується, та неефективними спробами ендоскопічного гемостазу протягом 30 хв показано виконання екстреного операційного втручання незалежно від ступеня тяжкості крововтрати.
9. **Розподіл хворих з гострою ШКК на групи після ЕГДС:** залежно від вираженості проявів кровотечі та стану хворого, усіх пацієнтів із ШКК за своїми діагностично-лікувальними ознаками розподіляють на три основні групи:
- А) Хворі з кровотечею, яку неможливо зупинити ендоскопічно:**
- підлягають **екстремому операційному втручанню** за абсолютними показами;
 - при відмові хворого від операції або при наявності тяжкої супутньої патології, при якій ризик вищий за ризик операції, застосовують пролонгований ендоскопічний моніторинг з повторними оглядами, під час яких за показами також проводять мініінвазивне ендоскопічне втручання (при наявності відповідних умов – з інтервалами огляду через кожні 4-6 годин), що виконують під час консервативної терапії, віддаючи перевагу внутрішньовенній інфузії інгібітора протонної помпи (ІПП) у **максимальній терапевтичній дозі:** 80 мг болюсно на 200 мл ізотонічного розчину впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин та транексамової кислоти (тривала дозована інфузія потребує застосування інфузомату).
- Б) Хворі з активною кровотечею (FIIa), яка зупинена:**
- індивідуально по відношенню до кожного пацієнта приймають рішення про вибір способу лікування (невідкладна чи рання відстрочена операція, залежно від обтяжливих факторів прогнозу ризику рецидиву кровотечі, або консервативне лікування та ендоскопічний моніторинг).
- В) Хворі із зупиненою кровотечею (FIIb),** при наявності зупиненої кровотечі при підтіканні з-під фіксованого згустка (FIIb), наявності стигмат (FIIa, FIIb, FIIc) та відсутності ознак недавньої кровотечі (FIII) – підлягають консервативному лікуванню та ендоскопічному моніторингу.

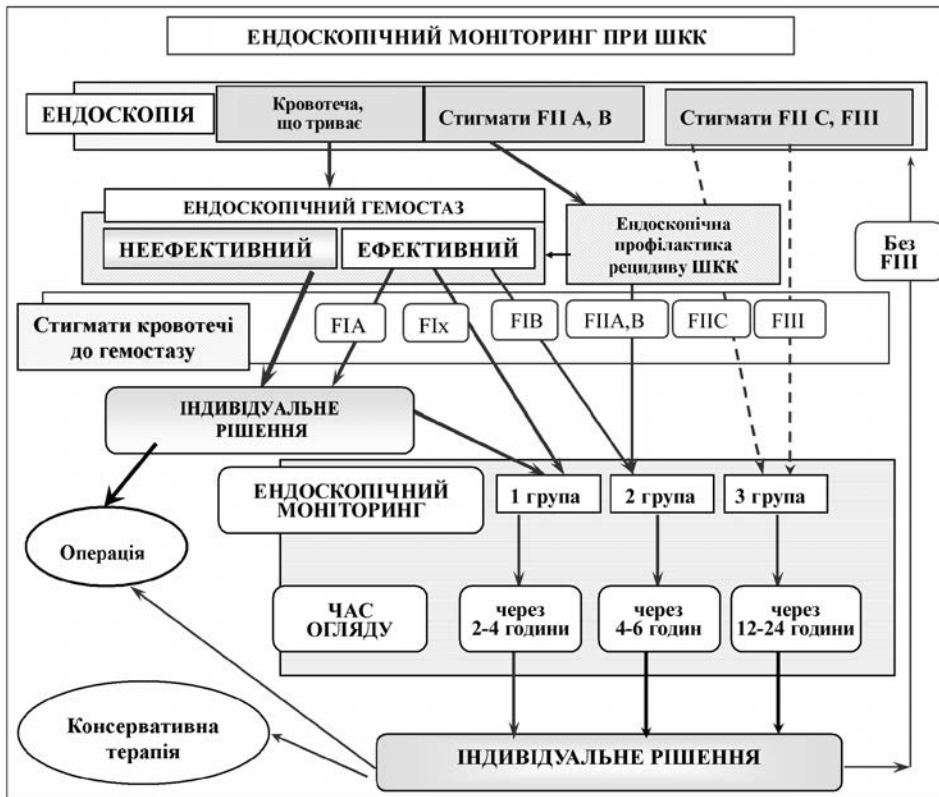
10. **Ендоскопічний моніторинг у хворих із ШКК** включає в себе серії повторних ЕГДС через визначені терміни, залежно від стигмат кровотечі, застосованого МЕВ для гемостазу і профілактики РК.

А) Основні завдання ендоскопічного моніторингу:

- а) контроль ефективності проведеного ендоскопічного гемостазу;
- б) можливість раннього, перед проявами клінічних ознак, виявлення РК;
- в) можливість проведення повторних МЕВ для гемостазу і профілактики РК у хворих із сумнівним прогнозом операційного лікування;
- г) остаточна верифікація джерела кровотечі в тяжких діагностичних ситуаціях.

11. **Методологія ендоскопічного моніторингу (Схема 3.7).**

Схема 3.7



А) На етапі екстреної ЕГДС в обов'язковому порядку застосовують МЕВ, як при кровотечі, що триває (FI), так і при наявності стигмат FIIa і FIIb.

Б) Терміни проведення повторних ЕГДС з обов'язковою премедикацією відповідають мінімальному проміжку часу для виникнення РК:

- а) при FIIa, FIIb і FIIx (високий ризик РК) – через 2-4 години;
- б) при FIIa і FIIb (середній ризик РК) – через 4-6 годин;
- в) при FIIc і FIIII (при наявності клінічних показань, які можуть свідчити про рецидив кровотечі або одноразово) – через 12-24 години.

- В) Хворих, яким потрібен **ендоскопічний моніторинг**, розподіляють на три групи:
- а) **перша група** – з високим ризиком рецидиву кровотечі (після МEB при Fla, Flb та Flx);
 - б) **друга група** – з середнім ризиком (після МEB при FlIa, FlIb);
 - в) **третя група** – з низьким ризиком (FlIc та FlII).

Повторні ендоскопічні огляди в цих групах, при наявності відповідних умов, виконують, відповідно, 4-6 годин та за наявності клінічних показань. На повторних оглядах здійснюють контроль гемостазу, виконують повторні МEB, спрямовані на профілактику рецидиву кровотечі, а в деяких випадках уточнюють діагноз та визначають подальшу тактику лікування.

12. Клініко-інструментальна оцінка стійкості гемостазу.

12.1. **Стійкість гемостазу** – **поняття клініко-ендоскопічне**, тому ізольований висновок лікаря-ендоскопіста про відсутність кровотечі без урахування клінічних даних **не є правомірним**.

А) Ознаками нестабільного гемостазу є:

а) клінічні та лабораторні показники:

- колаптоїдний стан хворого при наявності блювання кров'ю та мелени;
- наявність лабораторних ознак збільшення крововтрати;
- рецидив зафіксованої кровотечі за даними клінічного та динамічного лабораторного спостереження;

б) ендоскопічні ознаки кровотечі – наявність будь-якої ендоскопічної ознаки, що характеризує активну кровотечу.

Б) Ознаки, які свідчать про належний гемостаз – хворі можуть бути переведені до хірургічного відділення для проведення реабілітаційного лікування і визначення показань до необхідного виконання ранньої планової операції:

- фібринозний наліт у дні виразки;
- стабільна гемодинаміка;
- відсутність даних, що свідчать про порушення периферійного кровообігу (мікроциркуляції).

В) Критерії визначення ризику рецидиву кровотечі:

- вік хворого понад 60 років;
- шок або колапс на початку захворювання;
- гемоглобін при надходженні до стаціонару менший або дорівнює 100 г/л;
- наявність тяжких супутніх захворювань;
- рецидивна кровотеча;
- ендоскопічні ознаки нестійкого гемостазу;
- розвиток ШКК у стаціонарного хворого;
- прийом антикоагулянтних та виразкоутворюючих препаратів перед ШКК;
- наявність тяжкої хвороби печінки;
- наявність великої виразки;
- активна кровотеча при виконанні ендоскопії;
- відсутність кваліфікованого ендоскопіста та необхідного обладнання.

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з гострою кровотечею у просвіт ШКТ в умовах стаціонару

(залежно від активності кровотечі, обсягу крововтрати, характеру патологічного процесу, який призвів до кровотечі, часу, який пройшов з часу виникнення кровотечі та наявності її виразності супутніх захворювань)

Діагноз гострої кровотечі в просвіт ШКТ встановлюється на основі клінічних проявів, які виникають на фоні хронічних або гострих процесів у кишкової трубки, що супроводжується різною за темпом втратою крові, величиною крововтрати та гіповолемією, що призводить до порушень вітальних функцій організму та виникнення поліорганної дисфункції й недостатності. Саме наявності гострої кровотечі із клінічними проявами виділення незміненої або зміненої крові шляхом блювання чи випорожнень, доповненої лабораторними та ендоскопічними дослідженнями, достатньо для постановки діагнозу.

Наявність клінічних проявів гострої кровотечі в просвіт ШКТ потребує термінової госпіталізації, проведення активної гемостатичної та замісної терапії, з динамічним контролем її якості та, в необхідних випадках, хірургічного лікування.

Загальні ознаки активності кровотечі та тяжкості крововтрати

Ендоскопічні стигмати кровотечі:

- I₁ – цівкова кровотеча
- I₂ – просочування (підтікання) крові
- I₃ – підтікання з-під щільно фіксованого згортку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі
- I₄ – тромбована судина
- I₅ – фіксований згортки крові
- I₆ – дрібні тромбовані судини
- I₇ – дефект під фібрином

Клініко-лабораторні ознаки ступеня тяжкості крововтрати

- T₁ – легкий ступінь тяжкості
(крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд. за 1 хв., АТ > 120 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 0,54-0,78; Ер. = 4,0-3,5x10¹²/л; Нб = 120-100 г/л; Нт = 44-38%; діурез = 50-60 мл/год)
- T₂ – середній ступінь тяжкості
(крововтрата 21-30%, пульс 90-110 уд. за 1 хв., АТ 120-80 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 0,78-1,38; Ер. = 3,5-2,5 x10¹²/л; Нб = 100-80 г/л; Нт = 38-32%; діурез = 40-50 мл/год)
- T₃ – важкий ступінь
(крововтрата 31-40%, пульс >120 уд. за 1 хв., АТ 80 -70 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 1,38-1,5; Ер. = 2,5-2,0 x10¹²/л; Нб = 80-60 г/л; Нт = 32-22%; діурез = 30-40 мл/год)
- T₄ – вкрай важкий ступінь
(крововтрата 41-70%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ < 70 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ > 1,5; Ер < 2 x10¹²/л; Нб < 60 г/л; Нт < 22%; діурез < 30 мл/год)

Алгоритм лікувальної тактики при гострій кровотечі ШКТ наведено в *схемі 3.8*, а табличного подано залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма, ускладнена кровотечею, з урахуванням характеру захворювання та темпу кровотечі й величини крововтрати).

Клініко-статистичні класифікації захворювань, які ускладнюються гострою кровотечею у просвіт ШКТ

А) Кровотеча із верхнього відділу ШКТ.

а) Стравохід

Клініко-статистична класифікація гастроєзофагеального рефлюксу

К 21 Гастроєзофагеальний рефлюкс (Згідно Монреальського узгодження щодо ГЕРХ, 2005 р.)

Макет клінічного діагнозу: Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба {Q_x}, {I_x}, {ускладнена Q_x &}, {з позастравохідними проявами у вигляді В_x}, {Нр К_x}

Клінічні прояви, пов'язані з ураженням стравоходу:

- Q₁ – з класичним рефлюксним синдромом
- Q₂ – з синдромом болю за грудиною

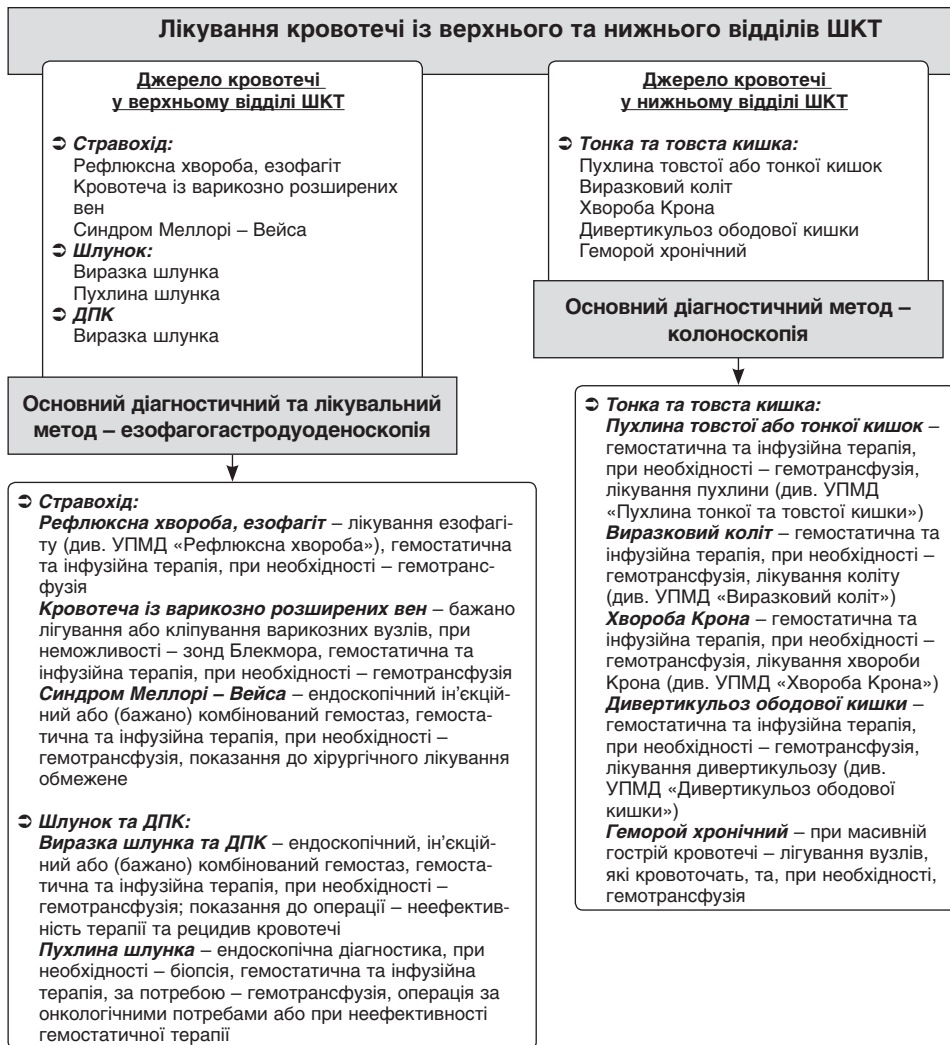
Ендоскопічна наявність езофагіту:

- I₁ – без езофагіту
- I₂ – з хронічним езофагітом {I₂ T_x}

Ступінь тяжкості езофагіту (Міжнародна класифікація ендоскопічної оцінки рефлюкс-езофагіту, Лос-Анджелес, 1998):

- T₁ – 1 ступінь тяжкості
(одна або декілька ерозій слизової оболонки стравоходу, кожна із яких – до 5 мм, відокремлені однією складкою слизової оболонки)

Схема 3.8



T₂ – 2 ступінь тяжкості

(одна або декілька ерозій слизової оболонки стравоходу, кожна із яких – більше 5 мм, відокремлені складками слизової оболонки, ураження при цьому не розповсюджується на розташовані поруч складки)

T₃ – 3 ступінь тяжкості

(одна або декілька ерозій слизової оболонки стравоходу, кожна із яких – більше 5 мм, відокремлені складками слизової оболонки або розповсюджені на розташовані поруч складки та займають менше 75% окружності стравоходу)

T₄ – 4 ступінь тяжкості

(ерозивні ураження слизової оболонки стравоходу, займають більше 75% його окружності)

Ускладнення:

- O_1 – гостра кровотеча $\{I\}_x$ {з крововтратою *Т ст. }
- O_2 – перфорація стравоходу
- O_3 – непрохідність стравоходу

Позастравохідні клінічні прояви:

- B_1 – бронхолегеневих захворювань (рефлекторний кашель, бронхіальна астма, ідіопатичний фіброз легень)
- B_2 – оро-ларинго-фарингеальних проявів (ерозії зубної емалі, фарингіт, синусит, рецидивуючий середній отит)

Інфекція *Helicobacter pylori* (Hp):

- K_1 – позитивна (+)
- K_2 – негативна (–)

Клініко-статистична класифікація шлунково-стравохідного розривного синдрому

K22.6 Шлунково-стравохідний розривно-геморагічний синдром

Макет клінічного діагнозу: Синдром Меллорі – Вейса з кровотечею, $\{I\}_x$ {крововтрата T_x ст. тяжкості}

Ендоскопічні стигмати кровотечі:

- I_1 – цівкова кровотеча
- I_2 – просочування (підтікання) крові
- I_3 – підтікання з-під щільно фіксованого згортка, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі
- I_4 – тромбована судина
- I_5 – фіксований згортки крові
- I_6 – дрібні тромбовані судини
- I_7 – дефект під фібрином

Ступінь тяжкості крововтрати:

- T_1 – легкий ступінь тяжкості
(крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд. за 1 хв., АТ > 120 мм рт.ст., шоківий індекс $P/AT = 0,54-0,78$; $Er. = 4,0-3,5 \times 10^{12}/л$; $Hb = 120-100$ г/л; $Ht = 44-38\%$; діурез = 50-60 мл/год)
- T_2 – середній ступінь тяжкості
(крововтрата 21-30%, пульс 90-110 уд. за 1 хв., АТ 120-80 мм рт.ст., шоківий індекс $P/AT = 0,78-1,38$; $Er. = 3,5-2,5 \times 10^{12}/л$; $Hb = 100-80$ г/л; $Ht = 38-32\%$; діурез = 40-50 мл/год)
- T_3 – важкий ступінь
(крововтрата 31-40%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ 80-70 мм рт.ст., шоківий індекс $P/AT = 1,38-1,5$; $Er. = 2,5-2,0 \times 10^{12}/л$; $Hb = 80-60$ г/л; $Ht = 32-22\%$; діурез = 30-40 мл/год)
- T_4 – вкрай важкий ступінь
(крововтрата 41-70%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ < 70 мм рт.ст., шоківий індекс $P/AT > 1,5$; $Er < 2 \times 10^{12}/л$; $Hb < 60$ г/л; $Ht < 22\%$; діурез < 30 мл/год)

Клініко-статистична класифікація цирозу печінки, портальної гіпертензії та її ускладнень

K74 Фіброз та цироз печінки

Макет клінічного діагнозу: $\{E_x\}$ цироз печінки {в F_x стадії,}{ускладнений O_x }.

Етіологія:

E_1 – вірусний $\{L_x\}$

Лабораторна діагностика:

- L_1 – В
- L_2 – В та D
- L_3 – С
- L_4 – G
- L_5 – неуточнений
- E_2 – первинний біліарний

E_3 – метаболічний (генетично обумовлений при гемохроматозі, гепатоцелюлярній дистрофії та ін.)

E_4 – криптогенний

Стадія процесу (за діагностичними критеріями Чайльда – Пью):

E_1 – початкова стадія

E_2 – стадія помірно виражених проявів

E_3 – термінальна стадія

Ускладнення:

O_1 – гостра кровотеча $\{L_x\}$

L_1 – із вен стравоходу

L_2 – із гемороїдальних вен

O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня}

Ступінь тяжкості крововтррати:

T_1 – легкий

(крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд. за 1 хв., АТ > 120 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 0,54-0,78;

$E_r = 4,0-3,5 \times 10^{12}/л$; $Hb = 120-100$ г/л; $Ht = 44-38\%$; діурез = 50-60 мл/год)

T_2 – середній

(крововтрата 21-30%, пульс 90-110 уд. за 1 хв., АТ 120-80 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 0,78-1,38;

$E_r = 3,5-2,5 \times 10^{12}/л$; $Hb = 100-80$ г/л; $Ht = 38-32\%$; діурез = 40-50 мл/год)

T_3 – важкий

(крововтрата 31-40%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ 80-70 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ = 1,38-1,5;

$E_r = 2,5-2,0 \times 10^{12}/л$; $Hb = 80-60$ г/л; $Ht = 32-22\%$; діурез = 30-40 мл/год)

T_4 – вкрай важкий

(крововтрата 41-70%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ < 70 мм рт.ст., шоківий індекс П/АТ > 1,5;

$E_r < 2 \times 10^{12}/л$; $Hb < 60$ г/л; $Ht < 22\%$; діурез < 30 мл/год)

б) Шлунок

Клініко-статистична класифікація виразки шлунка та її ускладнень

К25.4 Виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: $\{I_x$ виразка $\{L_x$ шлунка $\}\}$, $\{K_x\}$ $\{$ ускладнена $O_x\}$

Ендоскопічні прояви захворювання:

I_1 – активна

I_4 – що рубцюється

I_5 – зарубцьована

I_6 – рубцево-виразкова деформація стінки

Локалізація виразки:

L_1 – кардіального відділу

L_2 – субкардіального відділу

L_3 – малої кривизни

L_4 – великої кривизни

L_5 – пілоричного відділу

Наявність інвазії *Helicobacter pylori*:

K_1 – асоційована із Нр

K_2 – не асоційована із Нр

Ускладнення

O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$

Ендоскопічні стигмати кровотечі:

I_1 – цівкова кровотеча

I_2 – просочування (підтікання) крові

I_3 – підтікання з-під щільно фіксованого згортку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі

I_4 – тромбована судина

- I_5 – фіксований згорткок крові
- I_6 – дрібні тромбовані судини
- I_7 – дефект під фібрином
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ст. тяжкості}
- Класифікаційні ознаки ступеня тяжкості величини крововтрати**
- T_1 – легкий ступінь тяжкості
(крововтрата 10-20%, пульс до 90 уд. за 1 хв., АТ > 120 мм рт.ст., шоківий індекс $PI/AT = 0,54-0,78$; $Er. = 4,0-3,5 \cdot 10^{12}/л$; $Hb = 120-100$ г/л; $Ht = 44-38\%$; діурез = 50-60 мл/год)
- T_2 – середній ступінь тяжкості
(крововтрата 21-30%, пульс 90-110 уд. за 1 хв., АТ 120-80 мм рт.ст., шоківий індекс $PI/AT = 0,78-1,38$; $Er. = 3,5-2,5 \cdot 10^{12}/л$; $Hb = 100-80$ г/л; $Ht = 38-32\%$; діурез = 40-50 мл/год)
- T_3 – важкий ступінь
(крововтрата 31-40%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ 80-70 мм рт.ст., шоківий індекс $PI/AT > 1,38-1,5$; $Er. = 2,5-2,0 \cdot 10^{12}/л$; $Hb = 80-60$ г/л; $Ht=32-22\%$; діурез = 30-40 мл/год)
- T_4 – вкрай важкий ступінь
(крововтрата 41-70%, пульс > 120 уд. за 1 хв., АТ < 70 мм рт.ст., шоківий індекс $PI/AT > 1,5$; $Er < 2 \cdot 10^{12}/л$; $Hb < 60$ г/л; $Ht < 22\%$; діурез < 30 мл/год)
- O_3 – перфорація {в стадії F_x }
- O_4 – пенетрація {в L_x }
- L_1 – підшлункову залозу
- L_2 – малий сальник
- L_3 – печінку
- O_5 – $\{I_x\}$ стеноз

Клініко-статистична класифікація виразкової хвороби шлунка та її ускладнень

K25.3 Гостра (симптоматична) виразка шлунка

Макет клінічного діагнозу: Гостра виразка $\{L_x$ шлунка, $\}\{F_x\}$ {на фоні E_x }, {ускладнена O_x }

Локалізація:

- L_1 – кардіального відділу
- L_2 – субкардіального відділу
- L_3 – малої кривизни
- L_4 – великої кривизни
- L_5 – пілоричного відділу

Фаза процесу:

- F_1 – активна
- F_2 – яка рубцюється

Причина:

- E_1 – великих опіків (виразка Курлінга)
- E_2 – інфаркту міокарда
- E_3 – сепсису
- E_4 – тяжкої травми
- E_5 – перенесеної операції
- E_6 – вживання медикаментів
- E_7 – ураження ЦНС
- E_8 – гіпоксичного стану

Ускладнення

- O_1 – гостра кровотеча $\{I_x\}$ (дивись «Виразка шлунка»)
- O_2 – крововтрата $\{T_x$ ступеня} (дивись «Виразка шлунка»)
- O_3 – перфорація {в стадії F_x }

в) Дванадцятипала кишка

Клініко-статистична класифікація виразки ДПК
та її ускладнень

K26.4 Виразка дванадцятипалої кишки

Макет клінічного діагнозу: {I_x виразка {L_x,}} {K_x,} {ускладнена O_x}

Ендоскопічна діагностика:

- I₁ – активна
- I₂ – що рубцюється
- I₃ – зарубцьована

Локалізація:

- L₁ – цибулини дванадцятипалої кишки
- L₂ – позацибулинної ділянки дванадцятипалої кишки

Наявність інвазії *Helicobacter pylori*:

- K₁ – асоційована із Нр
- K₂ – неасоційована із Нр

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₂ – крововтрата {T_x ступеня} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₃ – перфорація {в стадії F_x}
- O₄ – пенетрація {в L_x}
 - (L₁) – підшлункова залоза
 - (L₂) – гепатодуоденальна зв'язка
 - (L₃) – жовчний міхур
 - (L₄) – печінка
 - (L₅) – товста кишка
- O₅ – стеноз {I_x}

Клініко-статистична класифікація гострої (симптоматичної) виразки ДПК
та її ускладнень

K 26.3 Гостра (симптоматична) виразка дванадцятипалої кишки

Макет клінічного діагнозу: Гостра виразка {L_x} дванадцятипалої кишки { F_x}, {на фоні E_x},
{ускладнена O_x}

Локалізація:

- L₁ – цибулини
- L₂ – позацибулинної ділянки

Фаза процесу:

- F₁ – активна
- F₂ – яка рубцюється

Етіологія:

- E₁ – великої опіки (виразка Курлінга)
- E₂ – інфаркт міокарда
- E₃ – сепсис
- E₄ – тяжка травма
- E₅ – перенесена операція
- E₆ – вживання медикаментів
- E₇ – ураження ЦНС
- E₈ – гіпоксичний стан

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₂ – крововтрата {T_x ступеня} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₃ – перфорація {в стадії F_x}.

г) Пептична (післяопераційна) виразка

Клініко-статистична класифікація рецидивної виразки ДПК після ізольованої СПВ
та її ускладнень

K27 Рецидивна виразка ДПК після ізольованої СПВ

Макет клінічного діагнозу: {I_x виразка} {L_x після СПВ,} {K_x,} {ускладнена O_x}

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I₁ – активна
- I₂ – що рубцюється
- I₃ – зарубцьована

Локалізація:

- L₁ – цибулина дванадцятипалої кишки
- L₂ – зацибулинна ділянка дванадцятипалої кишки

Лабораторні ознаки:

- K₁ – асоційована з *Helicobacter pylori*
- K₂ – неасоційована з *Helicobacter pylori*

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₂ – крововтрата {T_x ступеня} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₃ – перфорація {в стадії F_x}
- O₄ – пенетрація {в L_x}
 - (L₁) – підшлункова залоза
 - (L₂) – гепатодуоденальна зв'язка
 - (L₃) – жовчний міхур
 - (L₄) – печінка
 - (L₅) – товста кишка
- O₅ – {I_x} стеноз

**Клініко-статистична класифікація пептичної (післяопераційної)
виразки анастомозу та її ускладнень**

K28 Пептична виразка анастомозу

Макет клінічного діагнозу: {I_x} пептична виразка анастомозу {після L_x} {ускладнена O_x}

Ендоскопічні прояви захворювання:

- I₁ – активна
- I₂ – рецидивна
- I₃ – що рубцюється
- I₄ – зарубцьована

Етіологія:

- L₁ – після резекції шлунка за Більрот-I
- L₂ – після резекції шлунка за Більрот-II
- L₃ – після СтВ та пілоропластики
- L₄ – після СПВ та пілоропластики
- L₅ – після СтВ та гастроентеростомії
- L₆ – після СПВ та гастроентеростомії
- L₇ – після СтВ та гастродуоденостомії
- L₈ – після СПВ та гастродуоденостомії
- L₉ – після гастроентеростомії

Ускладнення:

- O₁ – гостра кровотеча {I_x} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₂ – крововтрата {T ступеня} (*дивись клас. «Виразка шлунка»*)
- O₃ – перфорація {в стадії F_x}
- O₄ – пенетрація {в L_x}
 - L₁ – підшлункова залоза
 - L₂ – гепатодуоденальна зв'язка
 - L₃ – жовчний міхур
 - L₄ – печінка
 - L₅ – товста кишка
 - L₆ – передня черевна стінка
- O₅ – {I_x} стеноз
- O₆ – шлунково-тонко-товстокишкова норичія

Кровотеча із нижнього відділу ШКТ

Клініко-статистична класифікація пухлини ободової кишки та її ускладнень

С 18 Рак ободової кишки

Макет клінічного діагнозу: Злоякісна пухлина $\{I_x$ кишки $\}$ $\{pW_x, R_x, Q_x\}$ {стадія F_x }, {ускладнена O_x }

Локалізація:

- L_1 – сліпа
- L_2 – висхідна ободова
- L_3 – печінковий вигін ободової
- L_4 – поперечноободова
- L_5 – селезінковий вигін ободової
- L_6 – нисхідна ободова
- L_7 – сигмоподібна

Первинна пухлина:

- $W_1 - T_1$ (недостатньо даних для оцінки первинної пухлини)
- $W_2 - T_0$ (первинна пухлина не визначається)
- $W_3 - T_{is}$ (преінвазивна пухлина)
- $W_4 - T_1$ (пухлина інфільтрує слизову та підслизову оболонку)
- $W_5 - T_2$ (пухлина інфільтрує м'язову оболонку)
- $W_6 - T_3$ (пухлина інфільтрує підсерозну основу або тканину, яка прилягає до перитонізованих ділянок ободової кишки)
- $W_7 - T_4$ (пухлина розповсюджується на інші органи або структури та (або) проростає у вісцеральну очеревину)

Регіонарні лімфатичні вузли:

- $R_1 - N_x$ (недостатньо даних для оцінки регіонарних лімфатичних вузлів)
- $R_2 - N_0$ (відсутні ознаки метастатичного ураження регіонарних лімфатичних вузлів)
- $R_3 - N_1$ (наявні метастази в 1-3 параколичних лімфатичних вузлах)
- $R_4 - N_2$ (метастази в 4 та більше параколичних лімфатичних вузлах)
- $R_5 - N_3$ (метастази в лімфатичних вузлах, які знаходяться вздовж судин)

Віддалені метастази:

- $Q_1 - M_x$ (недостатньо даних для визначення віддалених метастазів)
- $Q_2 - M_0$ (ознаки віддалених метастазів відсутні)
- $Q_3 - M_1$ (віддалені метастази є)

Ускладнення:

- O_1 – хронічна кровотеча {крововтрата T_x }
- O_2 – гостра кровотеча {крововтрата T_x }
- O_3 – перфорація
- O_4 – перитоніт
- O_5 – абсцес
- O_6 – гостра непрохідність кишок
- O_7 – хронічна $\{I_x\}$ непрохідність кишок
- I_1 – повна
- I_2 – часткова

Клініко-статистична класифікація хронічного геморою та його ускладнень

I 84 Хронічний геморої

Макет клінічного діагнозу: Хронічний $\{L_x\}$ геморої {в стадії X_x }, {ускладнений O_x }

Локалізація:

- L_1 – внутрішній
- L_2 – зовнішній
- L_3 – комбінований

Характер перебігу

X_x – ремісії $\{T_x$ ст. тяжкості $\}$

Ступінь тяжкості:

- T_1 – I ступінь (гемороїдальні вузли знаходяться в межах ануса та анального каналу)
- T_2 – II ступінь (гемороїдальні вузли випадають при напруженні, дефекації та самостійно вправляються)

T_3 – III ступінь (гемороїдальні вузли випадають при натужуванні, дефекації та незначному фізичному напруженні з необхідністю вправлення їх руками)

T_4 – IV ступінь (гемороїдальні вузли випадають у спокої, самостійно не вправляються, а після вправлення руками знову випадають)

X_x – загострення $\{Q_x\}$

Клінічні прояви:

Q_1 – тромбоз вузлів без запалення

Q_2 – тромбоз вузлів із запаленням

Q_3 – некроз та запалення шкіри та підшкірної клітковини

Q_4 – хронічна кровотеча $\{\text{крововтрата } T_x\}$

Q_5 – гостра кровотеча $\{\text{крововтрата } T_x\}$

Клініко-статистична класифікація дивертикульозу ободової кишки та його ускладнень

К 57 Дивертикулярна хвороба

Макет клінічного діагнозу: Дивертикулярна хвороба $\{(R_x)\{L_x \text{ кишки}\}\{Q_x\} \{\text{ускладнена } O_x\}$

Розповсюдженість процесу:

R_1 – поодинокий дивертикул

R_2 – множинні дивертикули

Локалізація:

L_1 – дванадцятипала кишка

L_2 – тонка кишка

L_3 – ободова кишка

Клінічні прояви:

Q_1 – безсимптомна форма

Q_2 – з больовим синдромом

Ускладнення:

O_1 – дивертикуліт

O_2 – гостра кровотеча

O_3 – перфорація

O_4 – абсцес

O_5 – перитоніт

Моделі клінічних випадків гострої кровотечі у просвіт ШКТ із верхнього та нижнього відділів ШКТ, призначені для формування уніфікованих протоколів надання медичної допомоги

Модель клінічного випадку №1 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (клінічні прояви кровотечі, яка супроводжується нестабільними показниками центральної гемодинаміки або критичним станом хворого (втрата понад 30% ОЦК))

Модель клінічного випадку №2 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (виражені ознаки анемії, але без наявних клініко-лабораторних ознак кровотечі, яка триває, у просвіт ШКТ)

Модель клінічного випадку №3 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (хворі зі встановленим за анамнестичними і об'єктивними ознаками фактом перенесеної кровотечі у просвіт ШКТ, але з помірними або середнього ступеня тяжкості клінічними проявами післягеморагічної анемії)

Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гостра кровотеча у просвіт ШКТ»

(залежно від темпу кровотечі та обсягу крововтрати, характеру патологічного процесу і локалізації джерела кровотечі, який призвів до кровотечі, а також наявності й виразності супутніх захворювань)

Модель клінічного випадку №1 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №1, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу F1 – клінічні прояви кровотечі, яка супроводжується нестабільними показниками центральної гемодинаміки або критичним станом хворого (втрата понад 30% ОЦК))

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні, дії в умовах стаціонару	European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint et al. // Crit Care. 2016; 20: 100. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding / L.B.Gerson //The American Journal of Gastroenterology 2015; 110:1265–1287 Department of Gastroenterology University Hospital Birmingham (2017): Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2017; 47: issue 3 Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. A. Barkun et al. Annals of Internal Medicine, 2003; Vol. 139, 10; 843–857	Обов'язкові методи діагностики: - При встановленому діагнозі «Гостра кровотеча у просвіт ШКТ, з клінічними проявами кровотечі, яка продовжується, із нестабільною центральною гемодинамікою або критичним станом хворого»: - пацієнта з приймального відділення спрямовують до спеціально обладнаної протишокової палати або до операційної у зв'язку з необхідністю одночасної роботи з пацієнтом фахівців із інтенсивної терапії та ендоскопії, моніторингу лабораторних і фізіологічних параметрів, можливо-го вирішення питання про хірургічне втручання як реанімаційного заходу; - забезпечують високе FiO_2 (інгаляція кисню – до 6-8 л/хв через носову канюлю або через маску); - забезпечують внутрішньовенний доступ катетером найбільшого діаметру з подальшою катетеризацією центральної вени і проведення багатокomпонентної інфузійно-трансфузійної терапії; - встановлюється катетер у сечовий міхур для визначення діурезу; - при заповненні шлунку кров'ю, хворого кладуть на лівий бік, у шлунок вводять товстий шлунковий зонд і вміст шлунка самопливом витікає, при необхідності у шлунок вводиться рідина (вакуум-аспірація вмісту шлунка протипоказана). - Лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. - Одночасно лікарями, які надають допомогу, аналізуються клінічні ознаки та анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження, загальний стан хворого, характер змін у клінічних аналізах крові та сечі та інші отримані показники (рівень АТ, ЧСС, ЦВТ, SatO_2, Ht, які дають можливість оцінити стан хворого). - При ознаках кровотечі із верхнього відділу ШКТ мультидисциплінарна команда лікарів (лікар-анестезіолог, хірург та ендоскопіст) визначає потребу і можливість виконання діагностичної ЕГДС, оформлює згоду хворого на проведення дослідження, а при неможливості пацієнта надати згоду через важкого стану, оформлюють це консиліумом з трьох підписами. А) Організаційні питання надання ендоскопічної допомоги хворим із гострою ШКК: - ШКК є абсолютним показом до виконання ЕГДС в перші години від моменту госпіталізації, звернення з проведенням обстеження призводить до зниження інформаційної цінності ЕГДС, невиявлення джерела кровотечі, а інколи й до неправильної тактики лікування; - лікарі-ендоскопісти в лікувальних закладах, куди госпіталізують хворих із ШКК, повинні володіти методами лікувальної ендоскопії; - для ендоскопічного дослідження верхніх відділів ШКТ використовують ендоскоп із торцевою оптикою, який дозволяє виконати огляд стравоходу, шлунка та ДПК, а при дослідженні товстої кишки – колоноскоп;

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		г) перед проведенням ЕГДС обов'язково призначають премедикацію за 20-30 хв. до обстеження; проведення екстреного ендоскопічного обстеження хворого в стані алкогольного сп'яніння та з психічними захворюваннями повинно супроводжуватись обов'язковою анестезіологічною допомогою; ЕГДС проводиться без попереднього активного промивання шлунка; при неможливості оглянути шлунок та ДПК внаслідок заповнення шлунка кров'ю виконується його промивання без активної аспірації вмісту шлунка; г) при нестабільній гемодинаміці (АТ менше 90 мм рт.ст.) у пацієнта без клінічних ознак кровотечі, що триває, обстеження можливо виконувати після її стабілізації на тлі інфузійної терапії; д) ЕГДС у хворих із ШКТ потрібно проводити з активною водною іригацією, змиваючи фіксовані згортки, під якими може бути джерело кровотечі (треба проводити ретельний огляд, тому що знайдене джерело кровотечі може бути не одним, і окрім нього може бути більш значуще джерело (наприклад, при синдромі Меллорі – Вейса або виразці Делафуа)). Б) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ: а) встановити джерело кровотечі, його локалізацію та розміри; б) оцінити активність кровотечі; в) визначити можливість застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу. В) Ендоскопічна класифікація неварикозних кровотеч із верхніх відділів ШКТ (за Forest): Клас F1 – активна кровотеча (кровотеча, що триває): F 1a – активна струменева кровотеча; F 1b – просочування (підтікання) крові; F1x – підтікання з-під щільно фіксованого згортка, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі. Клас F2 – нестійкий гемостаз, ризик рецидиву кровотечі: F 2a – «тромбована судина» (червона, чорна, біла) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм, різного кольору; F 2b – фіксований згорткок (червоний, чорний, білий) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм, різного кольору; F 2c – дрібні тромбовані судини (чорні крапки). Клас F3 – ознак кровотечі немає, гемостаз стійкий, дефект під фібрином. 5. Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №1, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу F1. 6. При відсутності кровотечі із верхніх відділів ШКТ призначається колоноскопія у відстроченому періоді після проведення гемостатичної терапії та поповнення крововтрати.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		А) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки: а) при проведенні колоноскопії встановлюють наступне: – наявність крові в ободовій та прямій кишках; – кількість крові та її характер; – джерело кровотечі, його локалізацію та розміри; – ознаки активності кровотечі (артеріальна, венозна). Бажані методи діагностики Діагностична ЕГДС повинна бути проведена впродовж 6 год після госпіталізації, при відсутності технічної можливості виконати в лікувальному закладі ЕГДС, до діагностично-лікувального процесу повинні бути залучені фахівці центру катастроф
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)	Обов'язкові методи лікування 1. Інтенсивна терапія гострої кровотечі: А) Забезпечення адекватного газообміну – спрямоване на засвоєння кисню та видалення двоокису вуглецю, тобто на лікування гіпоксемії (SatO₂ нижче 95%): а) усім хворим показано профілактичне введення через інтраназальні катетери або носоліщову маску 6-8 л/хв кисню; б) для лікування гіпоксемії використовують ШВЛ, показаними до якої є гіпоксемія (PaO₂ менше 60 мм рт.ст.) та гіперкапінія (PaCO₂ понад 50-55 мм рт.ст.), а клінічно це: • послаблене дихання на фоні пригнічення свідомості; • частота дихання понад 30 в одну хвилину або зростаюча втота дихальних м'язів (западання міжреберних проміжків під час вдиху, участь у диханні допоміжної мускулатури). Б) Медикаментозний гемостаз: а) транексамова кислота (спочатку у дозі 1,0 грам за 10 хвилин в/в, наступна інфузія – 1,0 грам за 6 годин) або терліпресин 2 мг в/в кожні 4 год, доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась; б) апротинін (500 тисяч КІО в/в крапельно у фізіологічному розчині) з метою попередження коагулопатії. В) Блокування секреторної функції шлунка: а) внутрішньовенна інфузія інгібітора протонної помпи (ІПП) у максимальній терапевтичній дозі: 80 мг болюсно на 200 мл ізотонічного розчину впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин (бажано проводити із застосуванням інфузомату). Г) Поповнення дефіциту ОЦК: а) поповнення дефіциту рідкої частини крові для покращення мікроциркуляції та перфузії органів і тканин та покращення доставки кисню (кристалоїди, колоїди); б) інфузійну терапію починають зі збалансованих кристалоїдів (Стерофундин, Йоностерил), одночасно через другий венозний доступ вводять синтетичні колоїди (ГЕК, желатина), природні колоїди (СЗП, кріопреципітат – вводять якомога раніше, альбумін); в) кількісне відновлення дефіциту переносників кисню проводять за рахунок трансфузії еритроцитарної маси, при тяжкій та вкрай тяжкій крововтраті у співвідношенні 1:1 із СЗП.	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Г) Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності, розділ 4.5: а) лікування серцевої недостатності; б) профілактика гострого пошкодження нирок; в) корекція метаболічного ацидозу; г) стабілізація обмінних процесів у клітині. 2. Алгоритм корекції гострої крововтрати (за клініко-лабораторними ознаками крововтрати може бути помірного, середнього, тяжкого та вкрай тяжкого ступеня – розділ 4.5). А) При кровотечі інфузійно-трансфузійну терапію планують, виходячи із рівня крововтрати та необхідності профілактики коагулопатії, розділ 4.5. Н.В.! Неприпустиме зволікання з початком інфузійно-трансфузійної терапії після встановлення діагнозу кровотечі! а) Рівень I: дефіцит ОЦК 10-20% – трансфузія компонентів крові не показана, за винятком попередньої анемії та зниженого кардіореспіраторного резерву; б) Рівень II: дефіцит ОЦК 21-30% – необхідна ресусцитація збалансованими кристалоїдами, колоїдами, кріопреципітатом або СЗП, переливання еритроцитів не показане, за винятком попередньої анемії, зниженого кардіореспіраторного резерву, наявності кровотечі, яка триває; в) Рівень III: дефіцит ОЦК 31-40% – необхідне швидке відновлення дефіциту ОЦК збалансованими кристалоїдами, колоїдами (у першу чергу, СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу) та компонентами крові; г) Рівень IV: дефіцит ОЦК понад 40% – швидке відновлення втраченого ОЦК (у першу чергу, СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу), гемотрансфузія обов'язкова. 3. Лікувальна ендоскопія при гострій ШКК із верхніх відділів ШКТ: А) Лікувальну ендоскопію при кровотечі у просвіт ШКТ застосовують з метою: а) тимчасової зупинки кровотечі; б) остаточної зупинки кровотечі; в) впливу на патологічний процес із зупиненою кровотечею для попередження її рецидиву в найближчий час. Б) При наявності кровотечі із хронічної чи гострої виразки шлунка, ДПК, синдрому Меллорі – Вейса, що триває (хворі 1 групи) та наявності недавньої кровотечі (стигмати FIIa, FIIb) використовують: а) ін'єкційне обколювання джерела кровотечі фізіологічним розчином або судинозвужуючими препаратами (адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, спирт чи їх комбінація);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	б) мініінвазивні ендоскопічні втручання (МЕВ) спрямовані не тільки на зупинку кровотечі, але і на її профілактику (біполярна, аргонплазмозна, радіочастотна коагуляція, тепловий зонд, механічний гемостаз шляхом ендоскопічного кліпування, лігування при варикозній кровотечі); в) при пухлинному походженні кровотечі виконують електро- або лазерну коагуляцію поверхні, що кровоточить; г) при портальній гіпертензії з наявністю кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу бажане виконання ендоскопічного лігування чи кліпування або введення у варикозні вузли склерозантів; * При відсутності необхідного обладнання для проведення ендоскопічного гемостазу (при надходженні хворого до районної лікарні чи лікарні, яка не приймає хворих із кровотечами) потрібно провести ендоскопічну ін'єкційну терапію в об'ємі 200-400 мл 0,9% розчину NaCl та викликати на себе бригаду (ендоскопіст та хірург) по санавіації. В) Пацієнтам із кровотечею, яка продовжується, та якщо спроби ендоскопічного гемостазу впродовж 30 хв є неефективними, показано виконання екстреного операційного втручання незалежно від ступеня тяжкості крововтрати.	
	4. Ендоскопічний моніторинг (стійкість гемостазу – поняття клініко-ендоскопічне, тому ізольований висновок лікаря-ендоскопіста про відсутність кровотечі без урахування клінічних даних не є правомірним). Див. Схему 3.7. А) Ознаки нестабільного гемостазу: а) клінічні та лабораторні показники: - колаптоїдний стан хворого при наявності блювання кров'ю та мелени; - наявність лабораторних ознак збільшення крововтрати; - рецидив зафіксованої кровотечі за даними клінічного та динамічного лабораторного спостереження; б) ендоскопічні ознаки кровотечі – наявність будь-якої ендоскопічної ознаки, що характеризує активну кровотечу. Б) Ознаки належного гемостазу (хворі можуть бути переведені до хірургічного відділення для подальшого лікування та визначення лікувальної тактики): - фібринозний наліт у дні виразки; - стабільна гемодинаміка; - відсутність даних, що свідчать про порушення периферичного кровообігу (мікроциркуляції) та коагулопатії. В) Критерії визначення ризику рецидиву кровотечі: - вік хворого – понад 60 років; - шок або колапс на початку захворювання; - гемоглобін при надходженні до стаціонару менший або дорівнює 100 г/л; - наявність тяжких супутніх захворювань; - рецидивна кровотеча; - ендоскопічні ознаки нестійкого гемостазу; - розвиток ШКК у стаціонарного хворого; - прийом антикоагулянтних та виразкоутворюючих препаратів перед ШКК;	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		- наявність тяжкої хвороби печінки; - наявність великої виразки; - активна кровотеча при виконанні ендоскопії.
		5. Розподіл хворих з гострою ШКК на групи після ЕГДС (залежно від стану джерела кровотечі та стану хворого). А) Хворі з кровотечею, яку неможливо зупинити ендоскопічно: а) підлягають екстремому операційному втручанням за абсолютними показаннями; б) при відмові хворого від операції або при наявності тяжкої супутньої патології, при якій ризик вищий за ризик операції, застосовують пролонгований ендоскопічний моніторинг з повторними оглядами, під час яких при необхідності застосовують повторні ендоскопічні гемостатичні процедури на фоні медикаментозної інтенсивної терапії, яка продовжується. Б) Хворі з активною кровотечею (Fla), що зупинена: а) індивідуально по відношенню до кожного пацієнта приймають рішення про вибір способу лікування (при високому ризику рецидиву кровотечі – невідкладна чи рання відстрочена операція або консервативне лікування та ендоскопічний моніторинг). В) Хворі із зупиненою кровотечею (Flb), при наявності зупиненої кровотечі при підтіканні з-під фіксованого згустка (Flb), наявності стигмат (FlIa, FlIb, FlIc) та відсутності ознак недавньої кровотечі (FIII) – підлягають консервативному лікуванню та ендоскопічному моніторингу.
		6. При наявності показань до операції. А) Хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, сумісно з хірургом оцінює стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу й операції (при застосуванні операції як реанімаційного заходу, все робиться у процесі надання інтенсивної діагностичної та лікувальної допомоги). Б) Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує (при вкрай важкому стані хворого, який не може засвідчити свою згоду на операцію та відсутності рідних, показання до операції формуються консиліумом мінімум із 3 лікарів, які обґрунтовуються записом у медичній карті).
		7. Підготовка до операції: А) Підготовка хворого до операції включає промивання шлунку (при показаннях), депіляцію волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). Б) Антибіотикотерапія, яка починається за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.2). В) Премедикація за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). Г) Знеболення загальне (Розділ 4.7). Г) Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	8. Післяопераційне лікування:	- нагляд за хворим, відображення його стану кожен добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (Розділ 4.4); - антибіотикотерапія (Розділ 4.2); - перев'язки; - корекція функції життєво важливих органів (при виконанні симптоматичної операції – призначення в післяопераційному періоді блокаторів протонної помпи); - харчування при відновленні моторно-евакуаторної функції ШКТ.
	9. Принципи лікувальної тактики залежно від характеру захворювання.	
	А) Захворювання стравоходу:	
	а) Рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та кровотечею (див. УПМД «Рефлюксна хвороба»):	– ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу; – пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, антацидні засоби, профілактика рефлюксу (осетрон); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – системна гемостатична терапія (транексамова кислота);
	б) Синдром Меллорі – Вейса:	– ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу; – під тотальною в/в анестезією – ендоскопічний вплив на джерело кровотечі з метою гемостазу (інфільтраційний вплив, МЕВ); – пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, профілактика блювання та гикавки (осетрон); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – системна гемостатична терапія (транексамова кислота, СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу); – хірургічна операція у виняткових випадках при неефективності гемостазу (лапаротомія, гастротомія, ушивання розривів слизової оболонки кардіального відділу шлунка);
	в) Варикозне розширення вен стравоходу та шлунку, ускладнене кровотечею:	– ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотечі; – вплив на ВРВ з активною кровотечею методом кліпсування або за допомогою зонду Блекмора; – бажано протягом доби виконати під тотальною в/в анестезією комбіновану оклюзивну склеротерапію або лігування (тільки вен стравоходу) чи комбінацію кліпсування з інтравазальною склеротерапією (при відсутності протипоказань у вигляді асцитів, печінково-ниркової недостатності);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		– фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі й запобігання її ранньому рецидиву повинні застосовуватись і призначатись, як тільки запідозрена варикозна кровотеча (вазоактивні препарати – вазопресин 0,2-0,4 од/хв, можливе підвищення до 0,8 од/хв в/в, або терліпресин 2 мг в/в кожні 4 год, доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась, октреотид 50-100 мкг в/в болюсно, з наступною безперервною інфузією 5 мкг/год протягом 5 діб), ендохірургічні втручання (склеротерапія, кліпування, лігування варикозно розширених вен стравоходу), лікування печінкової недостатності (див. УАМД «Цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією і кровотечею»); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – попередження та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності; – при неефективності наведеної лікувальної тактики – хірургічна операція (шунтуючі операції, рентгенендоваскулярні методи). Б) Захворювання шлунку, ДПК та післяопераційні виразки (хірургічне втручання – тільки при неефективності медикаментозної гемостатичної, антисекреторної та ендоскопічної терапії): а) Основним методом лікування є консервативний, який включає: – ендоскопічну верифікацію джерела кровотечі; – ендоскопічний гемостаз, профілактику рецидиву кровотечі та ендоскопічний моніторинг; – пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи); – системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, етамзилат); – корекцію дефіциту ОЦК та крововтрати; – профілактику та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності; б) При неефективності усього комплексу консервативних заходів – екстрене хірургічне втручання. При виразковій хворобі шлунка: – висічення виразки шлунку (клиноподібна резекція шлунка); – резекція шлунка (різного обсягу) залежно від локалізації та розміру виразки. При виразковій хворобі ДПК: – органозберігаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія в поєднанні з антрумектомією або висіченням виразки та пілоропластикою, чи виведенням виразки за межі кишки та пілоропластикою); – при наявності у пацієнта геморагічного шоку, крововтрати тяжкого та вкрай тяжкого ступеня або при наявності у пацієнта важкої супутньої патології, операцією вибору є ізольоване висічення виразки.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		При рецидивній виразці ДПК після ізольованої СПВ: – органозберігаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія в поєднанні з антрумектомією або висіченням виразки та пілоропластикою, чи виведенням виразки за межі кишки та пілоропластикою). При пептичній (післяопераційній) виразці анастомозу: – при виразці гастроентеро- або гастродуоденоанастомозу після резекції шлунка (висічення виразки, яка кровоточить, стовбурова ваготомія або ревізія повноти ваготомії, можлива ререзекція шлунка) В) Захворювання тонкої та товстої кишки: а) Лікувальна тактика починається з гемостатичної терапії та корекції крововтрати: – системна гемостатична терапія (транексамова кислота, терліпресин); СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу; – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – інструментальна верифікація джерела кровотечі (при підозрі на патологію товстої кишки); – колоноскопія, УЗД, КТ; при патології тонкої кишки – КТ, ентроскопія, ангіографія; б) Подальше лікування: Рак кишки, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Пухлина тонкої та товстої кишок» Хронічний геморой, ускладнений гострою кровотечею, – при гострій кровотечі та масивній крововтраті – термінове лігування вузлів, які кровоточать Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Дивертикульоз ободової кишки» Хвороба Крона, ускладнена кровотечею – див. УАМД «Хвороба Крона» Виразковий коліт, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Виразковий коліт» Г) Шлунково-кишкова кровотеча невстановленої етіології: а) Основним методом лікування є консервативний, який включає після ендоскопічної (ЕГДС, колоноскопія) верифікації джерела кровотечі: – системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терліпресин); СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу; – корекцію дефіциту ОЦК та крововтрати; – профілактику та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи	1. Критерії виписки: стабільний нехірургічний або хірургічний гемостаз, відновлення після операції функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. За необхідності – лікування хворих за профілем захворювання, у оперованих хворих – спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Модель клінічного випадку №2 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №2, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу 2 (F2a, F2b) – виражені ознаки анемії, але без наявних клініко-лабораторних ознак кровотечі, яка триває, у просвіт ШКТ)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint et al. // Crit Care. 2016; 20: 100. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding / L.B. Gerson // The American Journal of Gastroenterology 2015; 110:1265–1287 Department of Gastroenterology University Hospital Birmingham (2017): Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2017; 47: issue 3 Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. A. Barkun et al. Annals of Internal Medicine, 2003; Vol. 139, 10; 843–857	Обов'язкові методи діагностики: 1. При встановленому діагнозі «Гостра кровотеча у просвіт ШКТ, з клінічними проявами кровотечі, темп якої є підгострим або кровотеча зупинилась, однак спостерігається значна крововтрата»: а) пацієнта з приймальною відділення спрямовують до відділення інтенсивної терапії, де після проведення катетеризації вени і початку інфузійної терапії проводять комплексну діагностику основних порушень загальносоматичного статусу, визначають тяжкість крововтрати та планують програму її поповнення; б) при наявності ознак заповнення шлунку та перед виконанням ЕГДС, шлунок інтубують товстим шлунковим зондом, при цьому хворого укладають на лівий бік, вміст шлунка самопливом витікає, при необхідності у шлунок вводиться рідина (вакуум-аспірація вмісту шлунка протипоказана); в) в термін до 6 год хворому виконують діагностичні заходи, спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ЕГДС), встановлюють факт її зупинки, при наявності підтікання крові або при ознаках можливого рецидиву кровотечі виконують ендоскопічний інфільтраційний гемостаз чи інші попереджувальні дії; г) перед проведенням ЕГДС або колоноскопії обов'язково призначають премедикацію за 20-30 хв до обстеження (проведення екстреного ендоскопічного обстеження хворого в стані алкогольного сп'яніння та з психічними захворюваннями повинно супроводжуватись обов'язковою анестезіологічною допомогою); г) забезпечують внутрішньовенний доступ катетером найбільшого діаметру або катетеризацією центральної вени для проведення багатокомпонентної інфузійно-трансфузійної терапії. За необхідністю: д) за необхідністю забезпечують високе FiO_2 інгаляцією кисню до 6-8 л/хв через носову канюлю або через маску; е) встановлюється катетер у сечовий міхур для визначення діурезу. 2. Лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 3. Одночасно лікарями, які надають допомогу, аналізуються клінічні ознаки та анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження, загальний стан хворого, характер змін в клінічних аналізах крові та сечі та інші отримані показники (рівень АТ, ЧСС, ЦБТ, SatO_2 , Ht), які дають можливість оцінити стан хворого.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		а) при нестабільній гемодинаміці (АТ менше 90 мм рт.ст.) у пацієнта без клінічних ознак кровотечі, що триває, обстеження можливо виконувати після її стабілізації на фоні інфузійної терапії; б) ЕГДС у хворих із ШКК потрібно проводити з активною водною іригацією, змиваючи фіксовані згортки, під якими може бути джерело кровотечі (треба проводити ретельний огляд, тому що знайдене джерело кровотечі може бути не одним, і окрім нього, може бути більш значуще джерело, наприклад, при синдромі Меллорі – Вейса або виразці Делафуа). Б) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ: а) встановити джерело кровотечі, його локалізацію та розміри; б) оцінити активність кровотечі; в) визначити можливість застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу. В) Ендоскопічна класифікація неварикозних кровотеч із верхніх відділів ШКТ (за Forest): Клас F1 – активна кровотеча (кровотеча, що триває): F 1a – активна струменева кровотеча; F 1b – просочування (підтікання) крові; F1x – підтікання з-під щільно фіксованого згортку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі. Клас F2 – нестійкий гемостаз, ризик рецидиву кровотечі: F 2a – «тромбована судина» (червона, чорна, біла) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм, різного кольору; F 2b – фіксований згортки (червоний, чорний, білий) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм, різного кольору; F 2c – дрібні тромбовані судини (чорні крапки). Клас F3 – ознак кровотечі немає, гемостаз стійкий, дефект під фібрином. 4. Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №2, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу F2 (F2a, F2b). 5. При відсутності кровотечі із верхніх відділів ШКТ, призначається колоноскопія у відстроченому періоді після проведення гемостатичної терапії та поповнення крововтрати. А) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки: а) при проведенні колоноскопії встановлюють наступне: – наявність крові в ободовій та прямій кишках; – кількість крові та її характер; – джерело кровотечі, його локалізацію та розміри; – ознаки активності кровотечі (артеріальна, венозна). Бажані методи діагностики Діагностична ЕГДС повинна бути проведена упродовж 6 год після госпіталізації, при відсутності технічної можливості виконати в лікувальному закладі ЕГДС, до діагностично-лікувального процесу бажано залучити фахівців центру катастроф

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування 1. Інтенсивна терапія гострої крововтрати при наявності кровотечі, що зупинилась. А) Блокування секреторної функції шлунка: а) внутрішньовенна інфузія інгібітора протонної помпи (ІПП) у максимальній терапевтичній дозі: 80 мг болюсно на 200 мл ізотонічного розчину впродовж 30 хвилин з подальшою інфузією 8 мг/год протягом 72 годин (бажано проводити із застосуванням інфузомату). Б) Лікування органної дисфункції та профілактика полі-органної недостатності (див. Розділ 4.5): а) лікування серцевої недостатності; б) профілактика гострого пошкодження нирок; в) корекція метаболічного ацидозу; г) стабілізація обмінних процесів у клітині. В) Алгоритм корекції гострої крововтрати (за клініко-лабораторними ознаками крововтрата може бути помірного, середнього, тяжкого та вкрай тяжкого ступеня – див. Розділ 4.5) Г) При кровотечі інфузійно-трансфузійну терапію планують, виходячи із рівня крововтрати (див. Розділ 4.5). <i>N.B.! Неприпустимо зволікати з початком інфузійно-трансфузійної терапії після встановлення діагнозу кровотечі!</i> а) Рівень I: дефіцит ОЦК 10-20% – трансфузія компонентів крові не показана, за винятком попередньої анемії та зниженого кардіореспіраторного резерву; б) Рівень II: дефіцит ОЦК 21-30% – необхідна ресусцитація збалансованими кристалоїдами, колоїдами, криопреципітатом або СЗП, переливання еритроцитів не показане, за винятком попередньої анемії, зниженого кардіореспіраторного резерву, наявності кровотечі, яка триває; в) Рівень III: дефіцит ОЦК 31-40% – необхідне швидке відновлення дефіциту ОЦК збалансованими кристалоїдами, колоїдами (у першу чергу, СЗП, криопреципітат, концентрат протромбінового комплексу) та компонентами крові. г) Рівень IV: дефіцит ОЦК понад 40% – швидке відновлення втраченого ОЦК, у першу чергу, СЗП, криопреципітат, концентрат протромбінового комплексу, гемотрансфузія обов'язкова. Г) Поповнення дефіциту ОЦК спрямоване на корекцію дефіциту рідкої частини крові для покращення мікроциркуляції й перфузії органів і тканин та покращення доставки кисню: а) інфузійну терапію починають зі збалансованих кристалоїдів (Стерофундин, Йоностерил), одночасно через другий венозний доступ вводять синтетичні колоїди (ГЕК, желатина), природні колоїди (СЗП – вводити якомога раніше, альбумін); б) кількісне відновлення дефіциту переносників кисню проводять за рахунок трансфузії еритроцитарної маси, при тяжкій та вкрай тяжкій кровотраті у співвідношенні 1:1 із СЗП.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	За потребою виконують:	
	А) Забезпечення адекватного газообміну – спрямоване на засвоєння кисню та видалення двоокису вуглецю, тобто на лікування гіпоксемії (SatO_2 нижче 95%):	
	а) усім хворим показано профілактичне введення через інтраназальні катетери або носолицьову маску 6-8 л/хв кисню;	
	б) для лікування гіпоксемії використовують ШВЛ, показами до якої є гіпоксемія (PaO_2 менше 60 мм рт.ст.) та гіперкапінія (PaCO_2 понад 50-55 мм рт.ст.), а клінічно це:	
	• послаблене дихання на фоні пригнічення свідомості;	
	• частота дихання понад 30 в одну хвилину або зростаюча втома дихальних м'язів (западання міжреберних проміжків під час вдиху, участь у диханні допоміжної мускулатури).	
	Б) Медикаментозний гемостаз:	
	а) транексамова кислота (спочатку у дозі 1,0 грам за 10 хвилин в/в, наступна інфузія – 1,0 грам за 6 годин) або терліпресин 2 мг в/в кожні 4 год, доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась;	
	б) апротинін (500 тисяч КІО в/в крапельно у фізіологічному розчині) з метою попередження коагулопатії.	
	2. Ендоскопічний моніторинг (стійкість гемостазу – поняття клініко-ендоскопічне, тому ізольований висновок лікаря-ендоскопіста про відсутність кровотечі без урахування клінічних даних не є правомірним).	
	А) Ознаки належного гемостазу (хворі можуть бути переведені до хірургічного відділення для подальшого лікування та визначення лікувальної тактики):	
	- фібринозний наліт у дні виразки;	
	- стабільна гемодинаміка;	
	- відсутність даних, що свідчать про порушення периферичного кровообігу (мікроциркуляції).	
	Б) Ознаки нестабільного гемостазу:	
	а) клінічні та лабораторні показники:	
	- колаптоїдний стан хворого при наявності блювання кров'ю та мелени;	
	- наявність лабораторних ознак збільшення крововтрати;	
	- рецидив зафіксованої кровотечі за даними клінічного та динамічного лабораторного спостереження;	
	б) ендоскопічні ознаки кровотечі – наявність будь-якої ендоскопічної ознаки, що характеризує активну кровотечу.	
	В) Критерії визначення ризику рецидиву кровотечі:	
	- вік хворого – понад 60 років;	
	- шок або колапс на початку захворювання;	
	- гемоглобін при надходженні до стаціонару менший або дорівнює 100 г/л;	
	- наявність тяжких супутніх захворювань;	
	- рецидивна кровотеча;	
	- ендоскопічні ознаки нестійкого гемостазу;	
	- розвиток ШКК у стаціонарного хворого;	
	- прийом антикоагулянтних та виразкоутворюючих препаратів перед ШКК;	
	- наявність тяжкої хвороби печінки;	
	- наявність великої виразки;	
	- активна кровотеча при виконанні ендоскопії.	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Г) При наявності нестабільного гемостазу із хронічної чи гострої виразки шлунка, ДПК, синдрому Меллорі – Вейса та наявності недавньої кровотечі (стигмати FIIa, FIIb) використовують: а) ін'єкційне обколювання джерела кровотечі фізіологічним розчином або судинозвужуючими препаратами (адреналін 1:10000, NaCl 0,9%, спирт чи їх комбінація); б) мініінвазивні ендохірургічні втручання (МЕВ) спрямовані не тільки на попередження рецидиву кровотечі (біполярна, аргонплазмова, радіочастотна коагуляція, тепловий зонд, механічний гемостаз шляхом ендоскопічного кліпування, лігування при варикозній кровотечі); в) при пухлинному походженні кровотечі виконують електро- або лазерну коагуляцію поверхні, що кровоточить; * При відсутності необхідного обладнання для проведення ендоскопічного гемостазу (при надходженні хворого до районної лікарні чи до лікарні, яка не приймає хворих із кровотечами) потрібно провести ендоскопічну ін'єкційну терапію в об'ємі 200-400 мл 0,9% розчину NaCl та викликати на себе бригаду (ендоскопіст та хірург) по санавіації. 3. Принципи лікувальної тактики залежно від характеру захворювання. А) Захворювання стравоходу: а) Рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та кровотечею (див. УАМД «Рефлюксна хвороба»): – ендоскопічна верифікація наявності езофагіту та ступеня його тяжкості; – протирефлюксна терапія (осетрон); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – системна гемостатична терапія (транексамова кислота); СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу); б) Синдром Меллорі – Вейса: – ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу; – пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, профілактика блювання та гикавки (осетрон); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – дезінтоксикаційна терапія; – системна гемостатична терапія (транексамова кислота); СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу); в) Варикозне розширення вен стравоходу та шлунку, ускладнене кровотечею: – ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотечі; – бажане виконання під тотальною в/в анестезією комбінованої оклюзивної склеротерапії або лігування (тільки вен стравоходу);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		– фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі й запобігання її ранньому рецидиву повинні застосовуватись і призначатись, як тільки запідозрена варикозна кровотеча (вазоактивні препарати – вазопресин 0,2-0,4 од/хв, можливе підвищення до 0,8 од/хв в/в, постійно терліпресин 2 мг в/в кожні 4 год, доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась, октреотид 50-100 мкг в/в болюсно, з наступною безперервною інфузією 5 мкг/год протягом 5 діб) (див. УАМД «Цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією і кровотечею»). Б) Захворювання шлунку, ДПК та післяопераційні виразки (хірургічне втручання тільки при неефективності медикаментозної гемостатичної та протисекреторної терапії): а) Основним методом лікування є консервативний, який включає: – ендоскопічну верифікацію виразки; – ендоскопічне визначення якості гемостазу; – пригнічення шлункової секреції (інгібітори протонної помпи); – системну гемостатичну терапію (транексамова кислота, терліпресин, СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу); – корекцію дефіциту ОЦК та крововтрати; б) При неефективності усього комплексу консервативних заходів та рецидиві кровотечі – термінове хірургічне втручання. При виразковій хворобі шлунка: – резекція шлунка (різного обсягу) залежно від локалізації та розміру виразки. При виразковій хворобі ДПК: – органозберігаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія в поєднанні з антрумектомією або висіченням виразки та пілоропластикою, чи виведенням виразки за межі кишки та пілоропластикою). При рецидивній виразці ДПК після ізольованої СПВ: – органозберігаючі операції з ваготомією (стовбурова ваготомія в поєднанні з антрумектомією або висіченням виразки та пілоропластикою, чи виведенням виразки за межі кишки та пілоропластикою). При пептичній (післяопераційній) виразці анастомозу: – при виразці гастроентеро- або гастродуоденоанастомозу після резекції шлунка (висічення виразки, стовбурова ваготомія або ревізія повноти ваготомії, можлива ререзекція шлунка).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		В) Захворювання тонкої та товстої кишки: а) Лікувальна тактика починається з гемостатичної терапії та корекції крововтрати: – системна гемостатична терапія (транексамова кислота, терліпресин); – СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу; – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – інструментальна верифікація джерела кровотечі (при підозрі на патологію товстої кишки – колоноскопія, УЗД, КТ; при патології тонкої кишки – рентгенологічне дослідження, КТ); б) Подальше лікування: Рак кишки, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Пухлина тонкої та товстої кишок» Хронічний геморой, ускладнений гострою кровотечею – планова операція Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Дивертикульоз ободової кишки» Хвороба Крона, ускладнена кровотечею – див. УАМД «Хвороба Крона» Виразковий коліт, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Виразковий коліт» Г) Шлунково-кишкова кровотеча невідновленої етіології – при відсутності активної кровотечі – проведення консервативної симптоматичної терапії та діагностичних заходів, спрямованих на діагностику причини кровотечі. Бажані методи лікування: ендоскопічний гемостаз, своєчасне патогенетично обґрунтоване консервативне лікування, при неефективності – оперативне лікування. У пацієнтів з виразковою хворобою та декількома епізодами кровотеч в анамнезі – оперативне втручання в відстроченому порядку
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: стабільний нехірургічний або хірургічний гемостаз, відновлення після операції функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. За необхідністю – лікування хворих за профілем захворювання, у оперованих хворих – спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Модель клінічного випадку №3 – Гостра кровотеча у просвіт ШКТ (Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №3, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу F2c-F3 – хворі зі встановленим за анамнестичними і об'єктивними ознаками фактом перенесеної кровотечі у просвіт ШКТ, але з помірними або середнього ступеня тяжкості клінічними проявами післягеморагічної анемії)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні, дії в умовах стаціонару	European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint et al. // Crit Care. 2016; 20: 100. ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding / L.B.Gerson //The American Journal of Gastroenterology 2015; 110:1265–1287 Department of Gastroenterology University Hospital Birmingham (2017): Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2017; 47: issue 3 Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. A. Barkun et al. Annals of Internal Medicine, 2003; Vol. 139, 10; 843–857	Обов'язкові методи діагностики: - При встановленому діагнозі «Гостра кровотеча у просвіт ШКТ, з клінічними проявами кровотечі, яка зупинилась, та компенсованому стані хворого»: - пацієнта з приймального відділення спрямовують до відділення хірургії, де визначаються з тактикою лікування; - перед проведенням ЕГДС хворому промивають шлунок товстим зондом; - хворому виконують діагностичні заходи, спрямовані на розпізнавання джерела кровотечі (ЕГДС), встановлюють факт її зупинки (Клас 2-3 за Forest); - за необхідністю проведення інфузійно-трансфузійної терапії, забезпечують внутрішньовенний доступ катетером найбільшого діаметру або катетеризацією центральної вени. - Лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. - Одночасно лікарями, які надають допомогу, аналізуються клінічні ознаки та анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження, загальний стан хворого, характер змін у клінічних аналізах крові та сечі та інші отримані показники (рівень АТ, ЧСС, ЦВТ, SatO₂, Ht, які дають можливість оцінити стан хворого). - При ознаках перенесеної кровотечі із верхнього відділу ШКТ виконують ЕГДС після оформлення згоди хворого на проведення дослідження. А) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із верхніх відділів ШКТ: - встановити джерело кровотечі, його локалізацію, ендоскопічні стигмати кровотечі та розміри; - оцінити активність кровотечі та ризики її рецидиву; - визначити можливість застосування методів місцевого ендоскопічного гемостазу. Б) Ендоскопічна класифікація неварикозних кровотеч із верхніх відділів ШКТ (за Forest): Клас F1 – активна кровотеча (кровотеча, що триває): F 1a – активна струменева кровотеча; F 1b – просочування (підтікання) крові; F1x – підтікання з-під щільно фіксованого згустку, який неможливо видалити будь-яким шляхом, без верифікації джерела кровотечі. Клас F2 – нестійкий гемостаз, ризик рецидиву кровотечі: F 2a – «тромбована судина» (червона, чорна, біла) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром до 2 мм, різного кольору;

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		F 2b – фіксований згусток (червоний, чорний, білий) – утворення, що випинається над поверхнею дефекту слизової оболонки, розміром більше 2 мм, різного кольору; F 2c – дрібні тромбовані судини (чорні крапки). Клас F3 – ознак кровотечі немає, гемостаз стійкий, дефект під фібрином. 4. Стан, який відноситься до моделі клінічного випадку №2, відповідає за класифікацією кровотеч за Forest до Класу F2c-F3. 5. При відсутності субстрату, який би міг бути джерелом кровотечі із верхніх відділів ШКТ, призначається колоноскопія у відстроченому періоді. А) Мета ендоскопічного дослідження при гострій кровотечі із товстої кишки: а) при проведенні колоноскопії встановлюють наступне: - наявність крові в ободовій та прямій кишках; - кількість крові та її характер; - джерело кровотечі, його локалізацію та розміри; - ознаки активності кровотечі (артеріальна, венозна). Бажані методи діагностики Діагностична ЕГДС повинна бути проведена упродовж 6 год після госпіталізації, при відсутності технічної можливості виконати в лікувальному закладі ЕГДС, до діагностично-лікувального процесу повинні бути залучені фахівці центру катастроф
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)	Обов'язкові методи лікування	1. Інтенсивна терапія гострої крововтрати при наявності кровотечі, що зупинилась. А) Блокування секреторної функції шлунка: а) під час ендоскопічного моніторингу ІППП призначаються внутрішньовенно, а після його закінчення (за умови низького ризику рецидиву кровотечі) – перорально, за 30 хв до їжі, в стандартних дозуваннях, та обов'язково починають годувати пацієнтів. Б) Алгоритм корекції гострої крововтрати (за клініко-лабораторними ознаками крововтрата може бути помірного, середнього, тяжкого та вкрай тяжкого ступеня – див. Розділ 4.5) В) При кровотечі інфузійно-трансфузійну терапію планують, виходячи із рівня крововтрати (див. Розділ 4.5) Н.В.! Неприпустимо зволікати з початком інфузійно-трансфузійної терапії після встановлення діагнозу перенесеної кровотечі та крововтрати (гемоглобін менше 70 г/л) а) Рівень I: дефіцит ОЦК 10-20% – трансфузія компонентів крові не показана, за винятком: попередньої анемії та зниженого кардіореспіраторного резерву; б) Рівень II: дефіцит ОЦК 21-30% – необхідна реанімація збалансованими кристалоїдами, колоїдами, кріопреципітатом або СЗП, переливання еритроцитів не показане, за винятком попередньої анемії, зниженого кардіореспіраторного резерву, наявності кровотечі, яка триває;

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Г) Поповнення дефіциту ОЦК: а) поповнення дефіциту рідкої частини крові для покращення мікроциркуляції і перфузії органів і тканин та покращення доставки кисню (кристалоїди, колоїди); б) інфузійну терапію починають зі збалансованих кристалоїдів (Стерофундин, Йоностерил), одночасно через другий венозний доступ вводять синтетичні колоїди (ГЕК, желатина), природні колоїди (СЗП, криопреципітат – вводити якомога раніше, альбумін); в) кількісне відновлення дефіциту переносників кисню проводять за рахунок трансфузії еритроцитарної маси, при тяжкій та вкрай тяжкій крововтраті – у співвідношенні 1:1 із СЗП. 2. Ендоскопічний моніторинг виконується за потребою. 3. Принципи лікувальної тактики залежно від характеру захворювання. А) Захворювання стравоходу: а) Рефлюксна хвороба, ускладнена езофагітом та перенесеною кровотечею (див. УАМД «Рефлюксна хвороба»); б) Синдром Меллорі – Вейса: – ендоскопічна верифікація джерела кровотечі та ендоскопічний моніторинг якості гемостазу; – пригнічення шлункової секреції блокаторами протонної помпи, профілактика блювання та гикавки (осетрон); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – дезінтоксикаційна терапія (за потребою); в) Варикозна розширення вен стравоходу та шлунку, ускладнене кровотечею (див. УАМД «Цироз печінки, ускладнений портальною гіпертензією і кровотечею»): – ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотечі; – вплив на ВРВ з активною кровотечею методом кліпування або за допомогою зонду Блекмора; – фармакологічні методи зупинки гострої кровотечі та запобігання її ранньому рецидиву повинні застосовуватись і призначатись, як тільки запідозрена варикозна кровотеча (вазоактивні препарати – вазопресин 0,2-0,4 од/хв, можливе підвищення до 0,8 од/хв в/в, або терліпресин 2 мг в/в кожні 4 год, доза може бути зменшена до 1 мг кожні 4 год, якщо кровотеча припинилась, октреотид 50-100 мкг в/в болюсно, з наступною безперервною інфузією 5 мкг/год протягом 5 діб); – корекція дефіциту ОЦК та крововтрати; – попередження та лікування органної дисфункції та поліорганної недостатності.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		Б) Захворювання шлунку, ДПК та післяопераційні виразки (хірургічне втручання – тільки при неефективності медикаментозної терапії): а) При неефективності усього комплексу консервативних заходів – екстрене хірургічне втручання: - При виразковій хворобі шлунка – див. УАМД «Виразка шлунка» - При виразковій хворобі ДПК – див. УАМД «Виразка ДПК» - При рецидивній виразці ДПК після ізольованої СПВ - При пептичній (післяопераційній) виразці анастомозу В) Захворювання тонкої та товстої кишки: а) лікувальна тактика починається з гемостатичної терапії та корекції крововтрати; б) подальше лікування: Рак кишки ускладнений кровотечею – див. УАМД «Пухлина тонкої та товстої кишок» Хронічний геморой, ускладнений гострою кровотечею – при гострій кровотечі та масивній крововтраті – термінове лігування вузлів, які кровоточать Дивертикульоз ободової кишки, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Дивертикульоз ободової кишки» Хвороба Крона, ускладнена кровотечею, – див. УАМД «Хвороба Крона» Виразковий коліт, ускладнений кровотечею – див. УАМД «Виразковий коліт» Бажані методи лікування: ендоскопічний гемостаз, своєчасне патогенетично обґрунтоване консервативне лікування, при неефективності – оперативне лікування. У пацієнтів з виразковою хворобою та декількома епізодами кровотеч в анамнезі – оперативне втручання у відстроченому порядку
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: стабільний не хірургічний гемостаз, нормальні показники крові, нормотермія. 2. За необхідністю – лікування хворих за профілем захворювання. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Клінічні індикатори якості

Стационар – відділення хірургії, які надають медичну допомогу в багатопрофільних лікарняхних закладах вторинного рівня (номенклатура згідно наказу МОЗ від 28.10.2002 № 385), багатопрофільні лікарні (клінічні лікарні) інтенсивного лікування (номенклатура згідно наказу МОЗ від 05.10.2011 № 646).

Форма № 003/о – Медична карта стаціонарного хворого (Форма № 003/о), затверджена наказом МОЗ України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 р. за № 661/20974.

Перелік індикаторів якості медичної допомоги

1. Наявність у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги ЗОЗ вторинного рівня протоколу ведення пацієнта з гострою шлунково-кишковою кровотечею.
2. Наявність у хірургічному відділенні ЗОЗ, що надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, експертної оцінки ведення пацієнта з ГШКК.

Міжнародні клінічні рекомендації з ведення пацієнтів із неварикозними кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту: Consensus Recommendations for Managing Patients with Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding. Alan Barkun, Marc Bardou, John Marshall et al. *Annals of Internal Medicine*, 2003; Vol. 139, 10; 843-857.

РД – рівень доказовості, СР – ступінь рекомендації

Рекомендація 1. Створення в лікувальному закладі протоколів для мультидисциплінарного ведення пацієнтів (Протоколи повинні включати доступність ендоскопіста, який має досвід проведення ендоскопічного гемостазу) **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 2. Наявність медичного персоналу з належною кваліфікацією, який міг би в терміновому порядку допомагати при проведенні ендоскопії **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 3. Більшості пацієнтів з гострою кровотечею із верхніх відділів ШКТ рекомендують раннє проведення ендоскопії (у спеціалізованому центрі протягом 2 годин, в інших лікувальних закладах – протягом 6 годин) **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 4. Тип ураження, що є джерелом ШКК, описується та документується із визначенням локалізації та ендоскопічних ознак кровотечі (стигмат) **(рівень рекомендації А).**

Рекомендація 5. При наявності пептичної виразки, що кровить, пацієнта необхідно обстежити на наявність *H. pylori*, і при позитивному результаті обстеження – провести лікування, направлене на ліквідацію *H. pylori* з наступним підтвердженням його ефективності **(рівень рекомендації А).**

Рекомендація 6. При отриманні негативних результатів діагностичних тестів на *H. pylori* в умовах гострої кровотечі, обстеження необхідно повторити **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 7. Може бути доцільним доендоскопічне призначення ІПН з метою зменшення ендоскопічного пошкодження слизової оболонки шлунка і потреб в ендоскопічних процедурах, однак таке лікування не повинно затримувати проведення ендоскопії **(рівень рекомендації А).**

Рекомендація 8. При виявленні згортка крові на дні виразки необхідно зробити спробу видалити його за допомогою прицільного зрошення з відповідною обробкою пошкодження **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 9. При наявності виразки з фіксованим згортком крові, думки з приводу ролі ендоскопічної терапії є суперечливими, тому вона може проводитись, а може бути достатньо й інтенсивної терапії **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 10. У випадках спроби проведення ендоскопічного гемостазу при ШКК має бути чітко зазначено, чи досягнуто гемостазу **(рівень рекомендації С).**

Рекомендація 11. Якщо застосовують ін'єкції епінефрину для зупинки ШКК, необхідно додатково застосовувати другий метод ендоскопічного гемостазу (наприклад, коагуляцію або кліпування) **(рівень рекомендації А).**

Рекомендація 12. Хворим з низьким ризиком (з чистим дном виразки або з неvistупаючою пофарбованою плямою в ложі виразки) проведення ендоскопічного гемостазу не показано **(рівень рекомендації В).**

Рекомендація 13. Жоден із методів ендоскопічної термокоагуляції не має переваг над іншими **(рівень рекомендації В).**

Рекомендації Департаменту гастроентерології Бірмінгему (2017): Ведення пацієнтів з гострою гастроінтестинальною кровотечею

Department of Gastroenterology University Hospital Birmingham (2017): Management of acute upper gastrointestinal bleeding: an update for the general physician *JOURNAL OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS OF EDINBURGH VOLUME 47 ISSUE 3 SEPTEMBER 2017*

Діагностична ефективність клінічних скринінгових шкал та діагностичних методів

Рекомендація 1.1. Шкала Rockall – Score використовується для системної оцінки ризику смерті та рецидиву кровотечі з верхніх відділів травного каналу. Шкала оцінює клінічні критерії (вік, шок, супутні хвороби) та ендоскопічні критерії (причина ШКК, стигмати перенесеної кровотечі), кожному з критеріїв присвоєні бали. Повний показник варіює від 0 до 11 балів. Сума балів більше 4 свідчить про високий ризик РК, більше 6 – летальності (**див. Додаток А**).

Рекомендація 1.2. Шкала Blatchford – загальноновизнаний метод класифікації ступеня ризику кровотечі, заснований на клінічних (артеріальний тиск, пульс, мелена, втрата свідомості, серцева та печінкова дисфункція) та лабораторних (сечовина, гемоглобін) даних, застосовується для прогнозування необхідності медичного втручання у пацієнтів з кровотечами з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Даний показник знаходиться в межах від 0 до 23, сума балів 10 та вище свідчить про гірший прогноз та необхідність стаціонарного лікування (**див. Додаток Б**).

Рекомендація 1.3. Визначається початковий стан системи гемостазу (коагулопатія) до призначення гемостатичної терапії, яку коригують до ендоскопії (тобто при рівні тромбоцитів менше 50 Т/л та МНО і АЧТЧ менше 1,5, фібриноген менше 1,5).

Рекомендація 1.4. При неможливості виявити джерело ГШКК після ЕГДС проводиться ангиографія з подальшим гемостазом шляхом транскатетерної емболізації або відеокапсульна ендоскопія (при кровотечі з тонкої кишки).

Консервативне та ендоскопічне лікування

Рекомендація 2.1. У пацієнтів з варикозною кровотечею на тлі портальної гіпертензії (при наявності протипоказань до введення терліпресину – артеріальні захворювання, гіпонатріємія, ішемія міокарда, важка серцева недостатність та некорегований інтервал QT) застосовують сандостатин. Обов'язковим є призначення антибіотиків, β-адреноблокаторів (пропранолол, карведилол) під контролем ЕКГ, ЧСС.

Рекомендація 2.2. Пацієнтам, які постійно приймають антикоагулянти за життєвими показаннями після успішного гемостазу (Форрест 1А-2В), слід приймати у зменшеній вдвічі дозі, можливе продовження прийому в необхідному дозуванні на 3 добу за умови ендоскопічно та клінічно стабільного гемостазу. У пацієнтів із Форрест 2В, 2С, 3 антикоагулянти, антиагреганти не відмінюються.

Рекомендація 2.3. У пацієнтів із супутньою кардіологічною патологією, високим ризиком тромбоемболічних ускладнень (при призначенні суворого ліжкового режиму) та необхідністю призначення гемостатиків (особливо транексамової кислоти) з метою профілактики венозного тромбозу – застосування еластичної компресії нижніх кінцівок.

Рекомендації Американської колегії гастроентерологів (2015): Діагностика та ведення пацієнтів з кровотечею з тонкої кишки

ACG Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding Lauren B. Gerson

The American Journal of GASTROENTEROLOGY 2015; 110:1265–1287; doi: 10.1038/ajg.2015.246; published online 25 August 2015

Рекомендація 1. Відеокапсульна ендоскопія повинна розглядатися як перша процедура для оцінки стану тонкої кишки після виключення джерел кровотечі з верхнього та нижнього відділів ШКТ (сильна рекомендація, помірний рівень доказів).

Рекомендація 2. Не слід проводити дослідження барієм при діагностиці кровотечі тонкої кишки (сильна рекомендація, високий рівень доказів).

Рекомендація 3. Комп'ютерна томографічна ентерографія (КТЕ) повинна проводитись у пацієнтів з підозрою на кровотечу з тонкої кишки та негативному результаті капсульної ендоскопії внаслідок вищої чутливості для виявлення патології тонкої кишки (сильна рекомендація, низький рівень доказів).

Рекомендація 4. При гострій масивній кровотечі з джерела, розташованого в тонкій кишці, необхідно проводити ангиографію для гемодинамічно нестабільних пацієнтів (сильна рекомендація, низький рівень доказів).

Рекомендація 5. При визначенні джерела кровотечі в тонкій кишці повинно проводитись ендоскопічне лікування, при невиявленні – консервативне, яке включатиме інфузійно-трансфузійну терапію, сандостатин, препарати заліза (сильна рекомендація, дуже низький рівень доказів).

Рекомендація 6. Пацієнти із синдромом Хайде (стеноз аорти та ангіоектазії) та постійними кровотечами повинні розглядатися для встановлення або заміни аортального клапану (умовна рекомендація, помірний рівень доказів).

Рекомендація 7. Хірургічне втручання при масивній кровотечі з тонкої кишки може бути необхідним при неспроможності ендоскопічної та консервативної зупинки кровотечі, але з попередньою візуалізацією джерела кровотечі, позначивши його барвником під час енте-роскопії (сильна рекомендація, свідчення низького рівня).

Європейські рекомендації щодо лікування великих кровотеч та коагулопатії після травми: 4 видання (2016).

European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition Rolf Rossaint, Bertil Bouillon, Vladimir Cerny, Timothy J. Coats, Jacques Duranseau, Enrique Fernández-Mondéjar, Daniela Filipescu, Beverley J. Hunt, Radko Komadina, Giuseppe Nardi, Edmund Neugebauer, Crit Care. 2016; 20: 100. Published online 2016 Apr 12. doi: [10.1186/s13054-016-1265-x](https://doi.org/10.1186/s13054-016-1265-x)

Рекомендація 1. До призначення гемостатичної терапії проводиться ранній та, при необхідності, повторний моніторинг коагуляції з використанням традиційного лабораторного визначення (протромбінового часу (ПТ), кількості тромбоцитів з активованим частковим тромбопластином (АЧТЧ) і фібриногену (клас 1А)) та/або в'язкопружного методу (Клас 1С).

Рекомендація 2. Застосування колоїдів потрібно обмежити через несприятливий вплив на гемостаз (Клас 2С). Двадцять п'ять досліджень, в яких порівнювали гідроксietилкрохмаль (ГЕК) із кристалоїдами у 9147 пацієнтів, демонструють позитивний ефект на користь кристалоїдів [RR 1,10 (1,02-1,19)], а модифікований желатин оцінювали в 11 дослідженнях, які включали в себе в цілому 506 пацієнтів, не виявили ні позитивного, ні шкідливого ефекту [BP 0,91 (0,49-1,72)]. Автори прийшли до висновку, що немає доказів того, що реанімація колоїдами надає позитивний вплив на виживання, а ГЕК може навіть завдати шкоди.

Рекомендація 3. Пацієнтам, які приймають антитромботичні засоби, інгібуєчі тромбоцити або з хворобою фон Віллебранда рекомендується призначення десмопресину (0,3 мкг/кг) (Клас 2С).

Рекомендація 4. Мінімально допустимим рівнем тромбоцитів слід вважати $50 \times 10^9/\text{л}$, що є показанням для введення тромбоцитарної маси (Клас 1С); підтримувати їх рівень вище $100 \times 10^9/\text{л}$ у пацієнтів з активними кровотечами (Клас 2С).

Додатки

ШКАЛА РОКАЛЛА

Критерії преендоскопії	Показники	Шкала (бали)
Вік	< 60	0
	60-79	1
	> 80	2
Шок (шоковий індекс) ЧСС Систолічний тиск	> 100	1
	< 100	2
Супутні захворювання		
Кардити, інфаркти		2
Печінкова недостатність, рак		3

Критерії преендоскопії	Показники	Шкала (бали)
Ендоскопічна діагностика		
Норма		0
Синдром Меллорі – Вейса		0
Виразка, езофагіт		1
Рак верхньої частини ШКТ		2
Ендоскопічна САК		
Виразка без кровотечі		0
Активна кровотеча		2
Наявність тромбу у виразці		2
Кров у шлунку		2

Повний показник варіює від 0 до 11 балів. Сума балів більше 4 свідчить про високий ризик РК, більше 6 – про летальність.

ШКАЛА БЛЕЙЧФОРДА

Критерії при госпіталізації	Показники	Шкала (бали)
Гемоглобін (чоловіки) (г/л)	120-130	1
	100-119	3
	< 100	6
Гемоглобін (жінки) (г/л)	100-119	1
	< 100	6
Сечовина (ммоль/л)	6,5-7,9	2
	8-9,9	3
	10-24,9	4
	≥25	6
Систолічний кров'яний тиск	100-110	1
	90-99	2
	< 90	3
Інше		
Пульс		1
Мелена		1
Втрата свідомості	≥100	2
Хвороба печінки		2
Серцева недостатність		2

Даний показник знаходиться в межах від 0 до 23, сума балів 10 та вище свідчить про гірший прогноз та необхідність стаціонарного лікування.

3.7. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострими ускладненнями гриж передньої черевної стінки в умовах стаціонару

1. Нозологія:

- А) Пахвинна грижа. Код МКХ – К 40
- Б) Стегнова грижа. Код МКХ – К 41
- В) Пупкова грижа. Код МКХ – К 42
- Г) Вентральна грижа. Код МКХ – К 43

2. Протокол призначений для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з гострими ускладненнями гриж передньої черевної стінки.

3. Мета протоколу. Сформувані комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим із гострими ускладненнями гриж передньої черевної стінки старше 18 років шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з гострими ускладненнями гриж передньої черевної стінки (залежно від характеру защемленого органу та виразності некротичних змін в ньому)

Діагноз гострого ускладненого перебігу пахвинної грижі передньої черевної стінки встановлюється на основі різкої зміни клінічних проявів захворювання, що проявляється симптомами різкого болю в проекції існуючого грижового випинання, появою симптому невправимості грижі та збільшення її в об'ємі. Наявності такої клінічної картини досить для постановки діагнозу.

В той же час, під впливом неоднакових умов при виникненні гострого ускладнення можуть бути різні форми защемлення внутрішніх органів, й, відповідно, і різні варіанти клінічного перебігу захворювання. Серед таких видів є ретроградне защемлення кишки (грижа Майдлє), пристінкове защемлення кишки (грижа Ріхтера), защемлення дивертикула Меккелє (грижа Літре) – защемлення при ковзній грижі (найбільш розповсюджені – при ковзній грижі товстої кишки виникає калове защемлення, а при ковзній грижі сечового міхура – розлад сечовиділення). В ряді випадків защемлення грижі може призводити до клінічних проявів гострої непрохідності кишок, що може бути підтверджено оглядовою рентгенографією черевної порожнини.

Наявність защемлення потребує термінової операції, тому що даний стан може призвести до некрозу защемленого органу. Алгоритм лікувальної тактики наведено в **схемі 3.7** та таблично подано залежно від макетів клінічного діагнозу (нозологічна форма з урахуванням ступеня тяжкості захворювання та ускладненості перебігу).

Схема 3.7



Клініко-статистичні класифікації гриж передньої черевної стінки та моделі клінічних випадків, які характеризують їх гострі ускладнення
Клініко-статистична класифікація пахової грижі та її ускладнень
K40 Пахова грижа

Макет клінічного діагнозу: {L_x} {Q_x} пахова грижа, {ускладнена O_x}

Локалізація:

- L₁ – Лівостороння {!B_x}
- L₂ – Правостороння {!B_x}
- L₃ – Двостороння {!B_x}

Вид грижі:

- B₁ – (початкова грижа)
- B₂ – (канальна грижа)
- B₃ – (пахово-калиткова грижа)
- B₄ – (пролапс задньої стінки пахового каналу – пряма грижа)
- B₅ – (дивертикулоподібний дефект задньої стінки пахового каналу – пряма грижа)
- B₆ – (поєднання прямої та косої грижі).

Клінічні прояви:

- Q₁ – вправима
- Q₂ – невправима
- Q₃ – рецидивна

Ускладнення:

- O₁ – защемлення {R_x};
 - (R₁) – пасма великого чепця
 - (R₂) – тонкої кишки
 - (R₃) – товстої кишки
 - (R₄) – сечового міхура
- O₂ – {R_x} непрохідність
 - (R₁) – тонкокишкова
 - (R₂) – товстокишкова
- O₃ – гангрена кишки
- O₄ – перфорація кишки
- O₅ – перитоніт
- O₆ – флегмона грижового мішка

Клініко-статистична класифікація стегнової грижі та її ускладнень:

K41 Стегнова грижа

Макет клінічного діагнозу: {L_x} {Q_x} стегнова грижа, {ускладнена O_x}

Локалізація:

- L₁ – Лівостороння
- L₂ – Правостороння
- L₃ – Двостороння

Клінічні прояви:

- Q₁ – вправима
- Q₂ – невправима
- Q₃ – рецидивна

Ускладнення:

- O₁ – защемлення {R_x};
 - (R₁) – пасма великого чепця
 - (R₂) – тонкої кишки
 - (R₃) – товстої кишки
- O₂ – {R_x} непрохідність
 - (R₁) – тонкокишкова
 - (R₂) – товстокишкова
- O₃ – гангрена кишки
- O₄ – перфорація кишки
- O₅ – перитоніт
- O₆ – флегмона грижового мішка

Клініко-статистична класифікація пупкової грижі та її ускладнень

К42 Пупкова грижа

Макет клінічного діагнозу: {Q_x} пупкова грижа, {ускладнена O_x}

Клінічні прояви:

- Q₁ – Вправима
- Q₂ – Невправима

Ускладнення:

- O₁ – защемлення {R_x}
 - (R₁) – пасма великого чепця
 - (R₂) – тонкої кишки
 - (R₃) – товстої кишки
- O₂ – {R_x} непрохідність
 - (R₁) – тонкокишкова
 - (R₂) – товстокишкова
- O₃ – гангрена кишки
- O₄ – перфорація кишки
- O₅ – перитоніт
- O₆ – флегмона грижового мішка

Клініко-статистична класифікація вентральної грижі та її ускладнень

К43 Грижа передньої черевної стінки

Макет клінічного діагнозу: {Q_x} вентральна грижа {L_x локалізації},

{з грижовими воротами шириною W_x}, {ускладнена O_x}

Клінічні прояви:

- Q₁ – Вправима
- Q₂ – Невправима
- Q₃ – Рецидивна

Локалізація:

- L₁ – серединна {B_x}
 - B₁ – (епігастральна)
 - B₂ – (гіпогастральна)
 - B₃ – (мечоподібно-лобкова)
- L₂ – бокова {B_x}
 - B₁ – (підреберна)
 - B₂ – (поперечна)
 - B₃ – (пахова)
 - B₄ – (поперекова)

Ширина грижових воріт:

- W₁ – до 5 см
- W₂ – від 5 до 10 см
- W₃ – від 10 до 15 см
- W₄ – понад 15 см

Ускладнення:

- O₁ – защемлення {R_x}
 - (R₁) – тонкої кишки
 - (R₂) – товстої кишки
 - (R₃) – великого чепця
- O₂ – {R_x} непрохідність
 - (R₁) – тонкокишкова
 - (R₂) – товстокишкова
- O₃ – гангрена кишки
- O₄ – перфорація кишки
- O₅ – перитоніт
- O₆ – флегмона грижового мішка

**Моделі клінічних випадків ускладнених гриж передньої черевної стінки,
які використовуються в уніфікованому протоколі**

Модель клінічного випадку №1 – Пахвинна грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

Стегнова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця
Пупкова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця
Вентральна грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

Модель клінічного випадку №2 – Пахвинна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)

Стегнова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)
Пупкова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)
Вентральна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)

Модель клінічного випадку №3 – Пахвинна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Стегнова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)
Пупкова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)
Вентральна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Модель клінічного випадку №4 – Пахвинна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом

Стегнова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Пупкова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Вентральна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом

Модель клінічного випадку №5 – Пахвинна грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка

Стегнова грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка
Пупкова грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка
Вентральна грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка

**Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим
з діагнозом «Гострі ускладнення гриж передньої черевної стінки»**

(залежно від характеру защемленого органу та виразності некротичних змін в ньому)

Модель клінічного випадку №1 – Пахвинна грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

Стегнова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця
Пупкова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця
Вентральна грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al. World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічних аналізах крові та сечі, що є обґрунтуванням до термінового хірургічного лікування. 2. При надходженні хворого до стаціонару він оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога й оцінює стан підготовки і можливість початку наркозу та операції. 3. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 4. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 5. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів та при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи, якщо воно не виконувалось у прийнятному відділенні, або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 6. При встановленому діагнозі «Защемлена пахова грижа» при надходженні, операція повинна бути виконана терміново.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 3. Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.1). 4. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.7). 5. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 6. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 7. Хірургічне втручання* 8. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожен день в карті стаціонарного хворого - знеболення - інфузійна терапія (за показаннями) - перев'язки - харчування (першу добу після операції – вода до 1 л; друга доба – вода, чай, кефір, бульон (обсяг до 1,5 л), третя доба – стіл 1а)
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №1.

Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні гриж передньої черевної стінки:

1. У виняткових випадках важким хворим із супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику гризових воріт не проводять, а рану ушивають вузловими швами.
2. У випадках, коли зближення країв гризових воріт призводить до підвищення внутрішньо-черевного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за M. Williams інтра-операційно при катетеризації сечового міхура) виконується алопластика пахового каналу, використовують мононитку нерозсмоктуючого шовного матеріалу.

Пахвинна грижа, ускладнена защемленням пасма великого чепця

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням в паховій ділянці (можливості лапароскопічних методик у хворих на защемлену грижу обмежені).
2. Проводять розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки життєздатності його вмісту.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився, а при неможливості адекватно розширити гризові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосерединну лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини. У випадку життєздатності защемленої пасми великого чепця він занурюється у черевну порожнину. При некрозі пасми великого чепця або при сумніві у його життєздатності змінена частина підлягає резекції.
5. Проводиться автопластика передньої стінки або задньої стінки (Бассіні, Постемпського, Шолдайса) пахового каналу. Бажано надавати перевагу алопластиці гризових воріт (спосіб Lichtenstein).
6. Рекомендується застосування монофіламентних сітчатих протезів та монофіламентного шовного матеріалу. Використання плетених шовних матеріалів не рекомендується.

Стегнова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням або в паховій ділянці.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця, за необхідністю, виконується шляхом перетину пахової зв'язки та фіксацією рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При неможливості адекватно розширити гризові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосерединну лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини. При некрозі пасми великого чепця або при сумніві у його життєздатності проводиться резекція зміненої частини чепця. У випадку життєздатності защемленої пасми великого чепця він занурюється у черевну порожнину.
5. Застосовують метод пластики гризових воріт за **Ruggi – Parlavecchio**. Розріз при такій операції проходить паралельно до пахвинної складки й вище неї (як при пахвинній грижі). Видаляють гризовий мішок. Після цього підшивають краї поперечного й внутрішнього косого м'язів і пахвинну зв'язку до надкісничі лобкової кістки. Як виключення застосовують способи автопластики стегових гризових воріт за Bassini і Fabricius. Суть методу **Bassini** полягає в тому, що видалення гризового мішка та закриття гризових воріт виконується з боку зовнішнього отвору стегового каналу шляхом накладання швів на пахвинну та верхню лобкову зв'язку. Другий ряд швів накладають на пахвинну зв'язку і гребінчасту фасцію. При способі **Fabricius** гризові ворота закривають зшиванням пахвинної зв'язки з гребінчастою фасцією з можливим захопленням гребінчастого м'язу.

На сучасному етапі бажано застосовувати алопластичний метод закриття грижових воріт з використанням поліпропіленової сітки. **Рекомендується застосування монофіламентних сітчастих протезів і монофіламентного шовного матеріалу. Використання плетених шовних матеріалів не рекомендується.**

Пупкова грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над грижовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підшкірні оболонки до грижового мішка.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину грижового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту грижового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити грижові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При некрозі пасми великого чепця або при сумніві у її життєздатності проводиться його резекція. У випадку життєздатності защемленого пасма великого чепця він занурюється у черевну порожнину.
5. Пластика грижових воріт виконується власними тканинами за Мейо.

На сучасному етапі бажано надавати перевагу застосуванню алопластичного матеріалу для пластики грижі. Використовують сітки (жорсткі й полегшені) із монофіламентного матеріалу без комбінації з плетеними матеріалами. Для ушивання рани черевної стінки та фіксації сітчастого протезу використовують тільки монофіламентний шовний матеріал (не тонше 3-0), який не розсмоктується. Використання плетеного шовного матеріалу не рекомендується. При фіксації сітчастого протезу рекомендований відступ від краю рани 5 см.

Вентральна грижа, ускладнена защемленням пасми великого чепця

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над грижовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підшкірні оболонки до грижового мішка.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину грижового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту грижового мішка для оцінки його життєздатності. Грижовий мішок виділяється до апоневрозу; при багатокамерній грижі всі камери об'єднують для виключення защемлення в одній із них. При некрозі пасми великого чепця або при сумніві у його життєздатності проводиться резекція зміненої частини чепця. У випадку життєздатності защемленої пасми великого чепця він занурюється у черевну порожнину.
4. Пластика грижових воріт виконується власними тканинами, із застосуванням шовного матеріалу, який не розсмоктується. На сучасному етапі бажано використовувати для пластики грижі алопластичний матеріал у вигляді сіток (жорсткі й полегшені) із монофіламентного матеріалу. Для ушивання рани черевної стінки та фіксації сітчастого протезу використовують тільки монофіламентний шовний матеріал (не тонше 3-0), що не розсмоктується. Використання плетеного шовного матеріалу не рекомендується. В умовах «чистої» післяопераційної рани (життєздатний защемлений орган) протез імплантують за методиками sublay. Методика onlay не рекомендується. При фіксації сітчастого протезу рекомендований відступ від краю рани 5 см.

Модель клінічного випадку №2 –

**Пахвинна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)
 Стенова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)
 Пупкова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)
 Вентральна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)**

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al. World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічних аналізах крові та сечі, що є обґрунтуванням до термінового хірургічного лікування. 2. При надходженні хворого до стаціонару він оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює стан підготовки та можливість початку наркозу та операції. 3. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 4. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 5. Виконується первинне ЕКГ у пацієнтів старше 40 років та при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи, якщо воно не виконувалось у приймальному відділенні, або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 6. При встановленому діагнозі «Защемлена пахова грижа» при надходженні, операція повинна бути виконана терміново.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 2. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 3. Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу при необхідності продовження антибіотикотерапії (Розділ 4.1). 4. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.7). 5. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 6. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 7. Хірургічне втручання*. 8. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожну добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показами); - перев'язки; - харчування (в першу добу після операції – вода до 1 л; друга доба – вода, чай, кефір, бульйон (обсяг – до 1,5 л), третя доба – стіл 1а)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Виписка з рекомендації (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК	

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №2.

Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні гриж передньої черевної стінки:

1. У виняткових випадках важким хворим із супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику гризових воріт не проводять, а рану ушивають вузловими швами.
2. У випадках, коли зближення країв гризових воріт призводить до підвищення внутрішньо-черевного тиску ($> 10 \text{ mm Hg}$; $1 \text{ mm Hg} = 1.36 \text{ cm H}_2\text{O}$) (визначається за M. Williams інтраопераційно при катетеризації сечового міхура), обмежуються тільки ушиванням шкіри без м'язово-апоневротичних швів. Використовують мононитку нерозсмоктуючого шовного матеріалу.

Пахвинна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням в паховій ділянці.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При неможливості адекватно розширити гризові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосерединну лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини.

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

При защемленні стінки сечового міхура (ковзні грижі) резекцію стінки виконують тільки при констатованому її некрозі; при сумніві у її життєздатності катетеризують сечовий міхур (тривалістю не менше 3 діб) або формують епіцистостому.

При наявності двох і більше петель кишки у гризовому мішку проводиться ревізія усього відрізу кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відвідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожняла, «спавшася кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні.

Ознаки життєздатної защемленої кишки:

- Відсутня або прозора гризова вода без запаху.
- Рожевий колір стінки кишки.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Активна перистальтика.
- Збережена пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли кишка життєздатна, оцінюють стан странгуляційних борозен, в разі сумнівної життєздатності цих ділянок необхідно виконувати резекцію кишки з накладанням анастомозу «бік у бік».

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора грижова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методику відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відновлення життєздатності: активна перистальтика, рожевий колір, блискуча серозна оболонка – кишку занурюють у черевну порожнину.

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин з накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік».

5. Проводиться пластика грижових воріт власними тканинами, застосовується аутопластика передньої стінки або задньої стінки (Бассіні, Постемпського, Шолдайса) пахового каналу. На сучасному етапі бажано надавати перевагу алопластичному закриттю грижових воріт (спосіб **Lichtenstein**).

Рекомендується застосування монофіламентних сітчатих протезів і монофіламентного шовного матеріалу. Використання плетених шовних матеріалів не рекомендується.

Стегнова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над грижовим випинанням або в паховій ділянці (можливості лапароскопічних методик у хворих на защемлену грижу обмежені).
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину грижового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту грижового мішка для оцінки його життєздатності. Доступ до нього, за необхідності, виконується шляхом перетину пахової зв'язки.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити грижові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При неможливості адекватно розширити грижові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосередню лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини.

Ревізія вмісту грижового мішка передбачає оцінку життєздатності защемленого органу

При защемленні стінки сечового міхура (ковзні грижі) резекцію стінки виконують тільки при констатованому її некрозі; при сумніві у її життєздатності катетеризують сечовий міхур (тривалістю не менше 3 діб) або формують епіцистостому.

При наявності двох і більше петель кишки у грижовому мішку проводиться ревізія всього відрізка кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відповідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожніла, «спавшаяся кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні.

Ознаки життєздатної защемленої кишки:

- Відсутня або прозора грижова вода без запаху.
- Рожевий колір стінки кишки.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Активна перистальтика.
- Збережена пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли кишка життєздатна, оцінюють стан странгуляційних борозен, кишку занурюють у черевну порожнину.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора грижова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.

- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчину новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відновлення життєздатності: активна перистальтика, рожевий колір, блискуча серозна оболонка – кишку занурюють у черевну порожнину.

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин із накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік».

5. Застосовують метод пластики гризових воріт за **Ruggi-Parlavacchio**. Розріз при такій операції проходить паралельно до пахвинної складки й вище неї (як при пахвинній грижі). Видаляють гризовий мішок. Після цього підшивають краї поперечного й внутрішнього косого м'язів і пахвинну зв'язку до надкісничі лобкової кістки. Застосовують способи автопластики стегових гризових воріт за Bassini і Fabricius. Суть методу **Bassini** полягає в тому, що видалення гризового мішка та закриття гризових воріт виконується з боку зовнішнього отвору стегового каналу шляхом накладання швів на пахвинну та верхню лобову зв'язки. Другий ряд швів накладають на пахвинну зв'язку і гребінчасту фасцію. При способі **Fabricius** гризові ворота закривають зшиванням пахвинної зв'язки з гребінчастою фасцією з можливим захопленням гребінчастого м'язу.

Бажано на сучасному етапі застосовувати алопластичний метод закриття стегових воріт з використанням поліпропіленової сітки. **Рекомендується застосування монофіламентних сітчатих протезів і монофіламентного шовного матеріалу. Використання плетених шовних матеріалів не рекомендується.**

Пупкова грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрени та некрозу)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підкірні оболонки до гризового мішка (можливості лапароскопічних методик у хворих на защемлену грижу обмежені).
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився.

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

При наявності двох і більше петель кишки у гризовому мішку проводиться ревізія всього відрізка кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відвідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожня, «спавшася кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні.

Ознаки життєздатної защемленої кишки:

- Відсутня або прозора гризова вода без запаху.
- Рожевий колір стінки кишки.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Активна перистальтика.
- Збережена пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли кишка життєздатна, оцінюють стан странгуляційних борозен, в разі сумнівної життєздатності цих ділянок виконують резекцію кишки (35 см привідної та 20 см відвідної петлі) з накладанням анастомозу «бік у бік».

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора грижова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відновлення життєздатності: активна перистальтика, рожевий колір, блискуча серозна оболонка – кишку занурюють у черевну порожнину.

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин з накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік». Використовують мононитку нерозсмоктуючого шовного матеріалу.

5. Пластика грижових воріт виконується власними тканинами за Мейо або Сапєжко. Бажано, на сучасному етапі, застосовувати неналяжні методи пластики із застосуванням алопластичного матеріалу. Використовують сітки (жорсткі й полегшені) із монофіламентного матеріалу без комбінації з плетеними матеріалами. Для ушивання рани черевної стінки і фіксації сітчатого протезу використовують тільки монофіламентний шовний матеріал (не тонше 3-0), що не розсмоктується. Використання плетеного шовного матеріалу не рекомендується. В умовах «чистої» післяопераційної рани (життєздатний защемлений орган) протез імплантують за методиками sublay або onlay. При фіксації сітчатого протезу рекомендований відступ від краю рани 5 см.

Рекомендується застосування монофіламентних нерозсмоктуючих сітчатих протезів і монофіламентного нерозсмоктуючого шовного матеріалу. Використання плетених шовних матеріалів не рекомендується.

Вентральна грижа, ускладнена защемленням кишки (без гангрені та некрозу)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над грижовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підкірні оболонки до грижового мішка (можливості лапароскопічних методик у хворих на защемлену грижу обмежені).
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину грижового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту грижового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити грижові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився.

Ревізія вмісту грижового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

Ревізія вмісту грижового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу. При наявності двох і більше петель кишки у грижовому мішку проводиться ревізія всього відрізку кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відповідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожніла, «спавшася кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні. При защемленні багатокамерної вентральної грижі роз'єднують злуки і розкривають всі камери з оцінкою життєздатності їх вмісту.

Ознаки життєздатної защемленої кишки:

- Відсутня або прозора грижова вода без запаху.
- Рожевий колір стінки кишки.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Активна перистальтика.
- Збережена пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли кишка життєздатна, оцінюють стан странгуляційних борозен, кишку занурюють у черевну порожнину.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора гризова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відновлення життєздатності: активна перистальтика, рожевий колір, блискуча серозна оболонка – кишку занурюють у черевну порожнину.

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин з накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік».

5. Пластика гризових воріт виконується власними тканинами. Бажано на сучасному етапі використовувати алопластичні методи пластики гризових воріт. Використовують сітки (жорсткі й полегшені) із монофіламентного матеріалу без комбінації з плетеними матеріалами. Для ушивання рани черевної стінки й фіксації сітчатого протезу використовують тільки монофіламентний шовний матеріал (не тонше 3-0), що не розсмоктується. Використання плетеного шовного матеріалу не рекомендується. В умовах «чистої» післяопераційної рани (життєздатний защемлений орган) протез імплантують за методиками sublay або onlay. При фіксації сітчатого протезу рекомендований відступ від краю рани 5 см.

Модель клінічного випадку №3 – Пахвинна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Стегнова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Пупкова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Вентральна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні, дії в умовах стаціонару	2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al. World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня важкості стану хворого, виконуються аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь дегідратації та інші. 2. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії, хворого оглядає анестезіолог, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції, оформлює лист огляду анестезіолога. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією дегідратації, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого (термін підготовки – до 2 годин)). 4. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		5. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинне ЕКГ у пацієнтів старше 40 років та при анамнестичних даних про хвороби серцево-судинної системи, якщо воно не виконувалось у прийнятному відділенні або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами. 8. Підготовка хворого до операції повинна бути не більше 2 год.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонду, сечового катетера, катетеризацію центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функції життєво важливих органів. 2. Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 4. Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу, із наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.1). 5. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.7). 6. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 7. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 8. Хірургічне втручання*. 9. Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожен добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показами); - перев'язки; - харчування: після відновлення перистальтики (3-4 доба) – вода до 0,5 л; 5-6 доба – вода, чай, кефір, бульон (обсяг – до 1,5 л), після 6 доби – стіл 1а; у випадку розвитку ускладнень в післяопераційному періоді (прогресування некрозу кишки, неспроможність анастомозу) харчування відтермінується.
Виписка з рекомендаціями (на післягоспітальний період)		Обов'язкові заходи: 1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №3.

Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні гриж передньої черевної стінки

1. У виняткових випадках важким хворим із супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику гризових воріт не проводять, а рану ушивають вузловими швами.
2. У випадках, коли зближення країв гризових воріт призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за M. Williams інтра-операційно при катетеризації сечового міхура), обмежуються тільки ушиванням шкіри без м'язово-апоневротичних швів. Використовують мононитку шовного матеріалу, який не розсмоктується.

Пахвинна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням в паховій ділянці.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При неможливості адекватно розширити гризові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосерединну лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини.

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

При защемленні стінки сечового міхура (ковзні грижі) резекцію стінки виконують тільки при констатованому її некрозі; при сумніві у її життєздатності катетеризують сечовий міхур (тривалістю не менше 3 діб) або формують епіцистостому.

Ознаки нежиттєздатності защемленої кишки:

- Каламутна гризова вода, з домішками фібрину, з неприємним запахом.
- Синюшний або чорний колір кишки.
- Відсутній тонус стінки кишки («дрябла кишка»).
- Відсутня перистальтика.
- Відсутня пульсація судин брижі защемленої кишки.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора гризова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відсутність змін з боку стінок кишки свідчить про некротичні зміни, які виникли в защемленій кишці.

5. Хірургічна тактика:

- А) Коли кишка нежиттєздатна, проводять її резекцію – не менше 35-40 см привідної і 20-25 см відвідної петлі кишки. Для відновлення пасажу формують анастомоз (рекомендовано «бік в бік»). При некрозі термінального відділу тонкої кишки формують ілеотрансверзоанастомоз «кінець в бік» або «бік у бік». У виняткових випадках важким хворим із супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) формують ентеро- або колоостому, як перший етап хірургічної корекції. Для резекції кишки при пахвинних грижах виконують нижньосерединну лапаротомію.

При перфорації в ділянці странгуляційної борозни виконують резекцію всієї защемленої кишки (не менше 35-40 см привідної і 20-25 см відвідного відділів).

При защемленні дивертикула Меккеля (грижа Літре), коли кишка життєздатна, виконують резекцію дивертикула.

При защемленні апендикулярного відростка, коли кишка життєздатна, виконують апендектомію.

Б) Проблема пластичного закриття гризових воріт виконується індивідуально і може включати відсутність пластики, аутопластику передньої або задньої стінки (Бассіні, Постемпського, Шолдайса) пахового каналу і в деяких випадках у молодих пацієнтів, при відсутності виразного інфікування м'язово-апоневротичного шару черевної стінки, можлива алопластика гризових воріт (спосіб **Lichtenstein).**

Стегнова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням або в паховій ділянці.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності. Доступ до нього, за необхідністю, виконується шляхом перетину пахової зв'язки.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився. При неможливості адекватно розширити гризові ворота і сумніву у життєздатності вправленого органу виконують нижньосередню лапаротомію з ревізією органів черевної порожнини.

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

При наявності двох і більше петель кишки у гризовому мішку проводиться ревізія усього відрізка кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відвідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожніла, «спавшаяся кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні.

Ознаки нежиттєздатності защемленої кишки:

- Каламутна гризова вода, з домішками фібрину, з неприємним запахом.
- Синюшний або чорний колір кишки.
- Відсутній тонус стінки кишки («дрябля кишка»).
- Відсутня перистальтика.
- Відсутня пульсація судин брижі защемленої кишки.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора гризова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв. оцінюємо життєздатність кишки. Відсутність змін з боку стінок кишки свідчить про некротичні зміни, які виникли в защемленій кишці.

Сумніви у життєздатності кишки після її відновлення оцінюються як нежиттєздатна кишка

5. Хірургічна тактика:

А) Коли кишка нежиттєздатна, проводять її резекцію не менше 35-40 см привідної і 20-25 см відвідної петлі кишки. При сумніві у життєздатності привідного і відвідного відділів кишки відступи від странгуляційних борозен збільшують під контролем збереження кровотоку у стінці кишки на місці резекції. Для відновлення пасажу формують анастомоз (рекомендовано «бік в бік»). При некрозі термінального відділу тонкої кишки формують ілеотрансверзоанастомоз «кінець в бік» або «бік у бік». У виняткових випадках важким хворим з супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) формують ентеро- або колостому, як перший етап хірургічної корекції. Для резекції кишки при стегових грижах виконують нижньосерединну лапаротомію.

При перфорації в ділянці странгуляційної борозни виконують резекцію всієї защемленої кишки (не менше 35-40 см привідного і 20-25 см відвідного відділів).

Б) Проблема пластичного закриття гризових воріт виконується індивідуально і може включати відсутність пластики, метод пластики гризових воріт власними тканинами за **Ruggi – Parlavecchio**. Розріз при такій операції проходить паралельно до пахвинної складки й вище неї (як при пахвинній грижі). Видаляють гризовий мішок. Після цього підшивають краї поперечного й внутрішнього косоного м'язів і пахвинну зв'язку до надкисниці лобкової кістки. Можливе застосування автопластики стегових гризових воріт за **Bassini** і **Fabricius**. Суть методу **Bassini** полягає в тому, що видалення гризового мішка та закриття гризових воріт виконується з боку зовнішнього отвору стегового каналу шляхом накладання швів на пахвинну та верхню лобкову зв'язки. Другий ряд швів накладають на пахвинну зв'язку і гребінчасту фасцію. При способі **Fabricius** гризові ворота закривають зшиванням пахвинної зв'язки з гребінчастою фасцією з можливим захопленням гребінчастого м'язу, і в деяких випадках у молодих пацієнтів, при відсутності виразного інфікування м'язово-апоневротичного шару черевної стінки, можлива алопластика гризових воріт (спосіб **Lichtenstein**).

Пупкова грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангrenoю та некрозом)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підкірні оболонки до гризового мішка.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився.

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

Ревізія вмісту гризового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу. При наявності двох і більше петель кишки у гризовому мішку проводиться ревізія всього відрізку кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відвідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожніла, «спавшася кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу при можливому ретроградному защемленні.

Ознаки нежиттєздатності защемленої кишки:

- Каламутна гризова вода, з домішками фібрину, з неприємним запахом.
- Синюшний або чорний колір кишки.
- Відсутній тонус стінки кишки («дрябла кишка»).
- Відсутня перистальтика.
- Відсутня пульсація судин брижі защемленої кишки.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора гризова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методику відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відсутність змін з боку стінок кишки свідчить про некротичні зміни, які виникли в защемленій кишці.

Сумніви у життєздатності кишки після її відновлення оцінюються як нежиттєздатна кишка

5. Хірургічна тактика:

А) Коли кишка нежиттєздатна, проводять її резекцію не менше 35-40 см привідної і 20-25 см відвідної петлі кишки. При сумніві у життєздатності привідного і відвідного відділів кишки відступи від странгуляційних борозен збільшують під контролем збереження кровотоку у стінці кишки на місці резекції. Для відновлення пасажу формують анастомоз (рекомендовано «бік в бік»). При некрозі термінального відділу тонкої кишки формують ілеотрансверзоанастомоз «кінець в бік» або «бік у бік». У виняткових випадках важким хворим з супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) формують ентеро- або колостому, як перший етап хірургічної корекції.

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин з накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік». При перфорації в ділянці странгуляційної борозни виконують резекцію всієї защемленої кишки (не менше 35-40 см привідного і 20-25 см відвідного відділів).

Б) У важких хворих з декомпенсованою супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику гризових воріт не виконують. Рану зашивають вузловими швами. У випадках, коли зближення країв гризових воріт призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за M. Williams інтраопераційно при катетеризації сечового міхура), обмежуються тільки ушиванням шкіри без м'язово-апоневротичних швів. Використовують монопітху із шовного матеріалу, який не розсмоктується.

Післяопераційну рану дренують через контрапертуру активним трубчастим дренажем діаметром не менше 12 Fr.

Як виключення використовують аутопластику за Сапежко, Мейо.

Вентральна грижа, ускладнена защемленням тонкої або товстої кишки (з гангреною та некрозом)

1. Розтин шкіри достатнього розміру виконується над гризовим випинанням, або двома окаймлюючими розрізами висікається шкіра та підкірні оболонки до гризового мішка.
2. Проводити розтин защемлюючого кільця до розтину гризового мішка не можна.
3. Розтин защемлюючого кільця проводиться після фіксації рукою хірурга вмісту гризового мішка для оцінки його життєздатності.
4. При самостійному вправленні защемленого органу в черевну порожнину необхідно розширити гризові ворота для ревізії органів черевної порожнини і оцінки життєздатності органу, який самостійно вправився.

Ревізія вмісту грижового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу

Ревізія вмісту грижового мішка передбачає оцінку на життєздатність защемленого органу. При наявності багатокамерної вентральної грижі, розкриваються усі його камери, виконується вісцероліз та проводиться ревізія всього відрізка кишки від привідного відділу по странгуляційній борозні (розтягнута кишка) до відвідного відділу по странгуляційній борозні (кишка, що спорожніла, «спавшаяся кишка») так, щоб хірург чітко оцінив стан органу, який був защемлений.

Ознаки нежиттєздатності защемленої кишки:

- Каламутна грижова вода, з домішками фібрину, з неприємним запахом.
- Синюшний або чорний колір кишки.
- Відсутній тонус стінки кишки («дрябла кишка»).
- Відсутня перистальтика.
- Відсутня пульсація судин брижі защемленої кишки.

Ознаки сумнівної життєздатності защемленої кишки:

- Прозора грижова вода геморагічного кольору без запаху.
- Червоний «геморагічний» колір стінки кишки з крововиливами у стінку.
- Збережений тонус стінки кишки.
- Нечіткі перистальтичні хвилі.
- Нечітка пульсація судин брижі защемленої кишки.

Коли життєздатність защемленої кишки сумнівна, застосовують методики відновлення життєздатності: занурюють кишку у черевну порожнину або обкладають кишку серветками, змоченими теплим розчином 0,9% натрію хлориду, роблять блокаду брижі (40-60 мл 0,25% розчином новокаїну або 20-30 мл 0,5% розчином лідокаїну), вводять гепарин у брижу (за показами). Через 15 хв оцінюємо життєздатність кишки. Відсутність змін з боку стінок кишки свідчить про некротичні зміни, які виникли в защемленій кишці.

Сумніви у життєздатності кишки після її відновлення оцінюються як нежиттєздатна кишка

5. Хірургічна тактика:

- А) Коли кишка нежиттєздатна, проводять її резекцію не менше 35-40 см привідної і 20-25 см відвідної петлі кишки. При сумніві у життєздатності привідного і відвідного відділів кишки відступи від странгуляційних борозен збільшують під контролем збереження кровотоку у стінці кишки на місці резекції. Якщо хірург приймає рішення про формування анастомозу для відновлення пасажу, формують анастомоз «бік в бік». При некрозі термінального відділу тонкої кишки формують ілеотрансверзоанастомоз «кінець в бік» або «бік у бік». У виняткових випадках важким хворим з супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) формують ентеро- або колостому, як перший етап хірургічної корекції.**

При пристінковому защемленні (грижа Ріхтера) в разі сумнівної життєздатності необхідно виконувати резекцію ділянки кишки в межах здорових тканин з накладанням анастомозу «кінець у кінець» або «бік у бік».

При перфорації в ділянці странгуляційної борозни виконують резекцію всієї защемленої кишки (не менше 35-40 см привідного і 20-25 см відвідного відділів).

У важких хворих з декомпенсованою супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II) і високим операційним ризиком (3-4 ст за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику грижових воріт не виконують. Рану зашивають вузловими швами. У випадках, коли зближення країв грижових воріт призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за М. Williams інтраопераційно при катетеризації сечового міхура), обмежують-ся тільки ушиванням шкіри без м'язово-апоневротичних швів.

Післяопераційну рану дрениують через контрапертуру активним трубчастим дренажем діаметром не менше 12 Fr.

Модель клінічного випадку №4 –

Пахвинна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Стегнова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Пупкова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Вентральна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al. World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37	Обов'язкові методи діагностики – дивись «Уніфікований протокол надання медичної допомоги при перитоніті»: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін в клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня важкості стану хворого виконуються аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь дегідратації та інші. 2. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії, хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією дегідратації, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого (термін підготовки – до 2 годин)). 4. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції. 5. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконує дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалося у приймальному відділенні, або проводяться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами.
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: 1. Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризація центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функції життєво важливих органів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		2. Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). 3. Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). 4. Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу, із наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.1). 5. Премедикація за 30-40 хв. до операції або після введеного наркозу (Розділ 4.7). 6. Знеболення загальне (Розділ 4.7). 7. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 8. Хірургічне втручання*. 9. Післяопераційне лікування у відділенні інтенсивної терапії: - нагляд за хворим, відображення його стану кожен добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - антибіотикотерапія; - інфузійна терапія (за показами); - перев'язки; - харчування (після нормалізації моторно-евакуаторної функції ШКТ).
Виписка з рекомендації (на після-госпітальний період)	Обов'язкові заходи:	1. Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. 2. Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №4.

Пахвинна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Стегнова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Пупкова грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Вентральна грижа, ускладнена некрозом кишки та перитонітом
Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні гриж передньої черевної стінки, ускладнених перитонітом

1. При клінічних проявах перитоніту при защемленій грижі будь-якої локалізації, операція починається з лапаротомії та ревізії органів черевної порожнини, в ході якої підтверджується діагноз.
2. При підтвердженні защемленої грижі та некрозу кишки виконують резекцію кишки, відступивши по привідній кишці 35-40 см, а по відвідній – 20-25 см від візуальної зони некрозу.
3. При **пахвинній** та **стеговій** грижах резектовану кишку видаляють через герніотомний доступ (виконують розтин шкіри, гризових оболонок пахової грижі й защемлюючого кільця і видаляють єдиним блоком разом з резектованими петлями некротизованої кишки). При неможливості видалення єдиним блоком (малий розмір гризових воріт, великий об'єм органів, що видаляються) хірург приймає рішення щодо їх видалення, виходячи із інтраопераційної ситуації.
4. При **пупковій** та **вентральній** грижах операція починається з герніолапаротомії, в ході якої із черевної порожнини єдиним блоком виводиться уся змінена кишка.
5. **Залежно від** стану оперованого, у важких хворих з декомпенсованою супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за SEPOD; 3-4 ст. за

- ASA) та стану черевної порожнини, лікар-хірург приймає рішення про формування кишкової стоми (бажано за Мікуличем).
6. У виняткових випадках тяжким хворим із супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II; прогнозована летальність > 15%) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) пластику грижових воріт не проводять, а рану ушивають вузловими швами.
 7. Операція завершується санацією та дрениванням черевної порожнини. При загрозі розвитку абдомінального компартмент-синдрому (підвищення внутрішньочеревного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за M. Williams інтраопераційно при катетеризації сечового міхура)) операція завершується санацією та дрениванням черевної порожнини та ушиванням шкіри передньої черевної стінки без ушивання апоневротично-м'язового шару.

Модель клінічного випадку №5 –

Пахвинна грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка
Стегнова грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка
Пупкова грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка
Вентральна грижа, ускладнена флегмоною грижового мішка

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Організаційні та діагностичні дії в умовах стаціонару	2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al. World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37	Обов'язкові методи діагностики: 1. Повторно аналізуються клінічні ознаки, анамнез захворювання, дані фізикальних методів дослідження та характер змін у клінічному аналізі крові та сечі, з урахуванням ступеня важкості стану хворого виконуються аналізи в динаміці, досліджується біохімія крові, електроліти, коагулограма, визначається сатурація кисню у крові, визначається ступінь дегідратації та інші. 2. При надходженні хворого до відділення інтенсивної терапії, хворий оглядається анестезіологом, який планує сумісно з хірургом підготовку хворого до операції. 3. У процесі проведення інтенсивної терапії, мета якої – підготовка хворого до термінової операції, лікар-анестезіолог займається корекцією гіповолемії, нормалізацією сатурації кисню та функції нирок (усі свої дії та дані про стан хворого послідовно фіксує в карті стаціонарного хворого, термін підготовки – до 2 годин). 4. Після проведення передопераційної підготовки хворий оглядається анестезіологом, який оцінює ризик наркозу, оцінює сумісно з хірургом стан хворого, оформлює лист огляду анестезіолога та оцінює можливість початку наркозу та операції. 5. Лікар-хірург та лікар-анестезіолог оформлюють передопераційний епікриз, який підписує хворий; оформлюють сумісно з хворим та, при наявності, з його представниками, інформовану згоду на операцію та знеболення, яку пацієнт підписує. 6. До операції лікар-хірург або інший призначений лікар виконують дослідження з визначення групи крові та її резус-належності. 7. Виконується первинне ЕКГ у всіх пацієнтів, якщо воно не виконувалося у приймальному відділенні, або проводиться повторні дослідження, якщо це обумовлено клінічними проявами.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Лікування в стаціонарі (немедикаментозне, медикаментозне, хірургічне тощо)		Обов'язкові методи лікування: - Інтенсивна терапія передбачає (загальні принципи): - введення шлункового зонда, сечового катетера, катетеризацію центральної вени, підключення монітора для оцінки стану хворого та ефективності проведеної терапії; - повний голод; - анальгетики; - антибіотикотерапію; - інфузійну терапію; - корекцію функцій життєво важливих органів. - Підготовка хворого до операції промивання шлунку (при показаннях), депіляція волосся в області хірургічного доступу (мазь для депіляції, стрижка машинкою). - Профілактика тромбоемболічних ускладнень (Розділ 4.3). - Антибіотикопрофілактика за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу, із наступним продовженням антибіотикотерапії (Розділ 4.2). - Премедикація за 30-40 хв. до операції або після вводного наркозу (Розділ 4.7). - Знеболення загальне (Розділ 4.7). - Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). - Хірургічне втручання*. - Післяопераційне лікування: - нагляд за хворим, відображення його стану кожну добу в карті стаціонарного хворого; - знеболення; - інфузійна терапія (за показами); - перев'язки; - харчування починається після відновлення моторно-евакуаторної функції ШКТ
Виписка з рекомендаціями (на після-госпітальний період)		Обов'язкові заходи: - Критерії виписки: відновлення функції шлунково-кишкового тракту, відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці та нормальні показники крові, нормотермія. - Спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс. Бажані заходи Режим праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

*Обсяги хірургічних втручань, які використовуються при моделі клінічних випадків №4.

Пахвинна грижа, ускладнена флегмоною гризового мішка

Стегнова грижа, ускладнена флегмоною гризового мішка

Пупкова грижа, ускладнена флегмоною гризового мішка

Вентральна грижа, ускладнена флегмоною гризового мішка

Загальні питання, які рекомендовано використовувати при лікуванні гриж передньої черевної стінки, ускладнених флегмоною

- При клінічних проявах флегмони грижі при защемленій грижі будь-якої локалізації операція починається з висічення усіх запально-змінених тканин передньої черевної стінки, в ході якої підтверджується діагноз та уточнюється причина розвитку флегмони.
- При підтвердженні защемленої грижі, некрозу защемленого її вмісту, уточнюють причину розвитку флегмони і за показаннями виконують резекцію некротизованої кишки, відступивши по привідній кишці 35-40 см, а по відвідній – 20-25 см.

3. При **пахвинній** та **стегновій** грижах резектовану кишку видаляють через герніотомний доступ (виконують розтин шкіри, гризових оболонок пахової грижі та защемлюючого кільця і видаляють одним блоком разом з резектованими петлями некротизованої кишки). При неможливості видалення одним блоком (малий розмір гризових воріт, великий розмір резектованих органів) хірург приймає рішення щодо їх видалення, виходячи із інтраопераційної ситуації.
4. При **пупковій** та **вентральній** грижах операція починається з герніолапаротомії, в ході якої із черевної порожнини єдиним блоком виводиться уся змінена кишка.
5. **Залежно від** стану оперованого, у важких хворих з декомпенсованою супутньою патологією (> 10 балів за APACHE II) і високим операційним ризиком (3-4 ст. за CEPOD; 3-4 ст. за ASA) та стану черевної порожнини, лікар-хірург приймає рішення про формування кишкової стоми (бажано за Мікуличем).
6. Операція завершується інтубацією тонкої кишки трансназально, санацією, дренажуванням черевної порожнини. При загрозі розвитку абдомінального компартмент-синдрому (підвищення внутрішньочеревного тиску (> 10 mm Hg; 1 mm Hg = 1.36 cm H₂O) (визначається за M. Williams інтраопераційно при катетеризації сечового міхура)), операція завершується санацією та дренажуванням черевної порожнини та ушиванням шкіри передньої черевної стінки без ушивання апоневротично-м'язового шару.

2017 update of the WSES guidelines for emergency repair of complicated abdominal wall hernias
Birindelli A., Sartelli M., Saverio S. et al.
World Journal of Emergency Surgery 2017;12:37
<https://doi.org/10.1186/s13017-017-0149-y>

(РД – рівень доказовості, СР – ступінь рекомендації)

Строки втручання

1. При підозрі на странгуляцію кишечника показане проведення ургентної герніопластики (РД 1 СР С).
2. Синдром системної запальної реакції (SIRS), дані КТ з контрастним посиленням, а також сироваткового рівня лактату, креатинінфосфокінази, D-димера є прогностичними факторами странгуляції кишечника (РД 1 СР С).

Лапароскопічна техніка

1. Діагностична лапароскопія може бути корисним інструментом з метою оцінки життєздатності кишечника після спонтанного вправлення защемленої пахової грижі (РД 2 СР В).
2. Пластика невідправлених гриж, як вентральної, так і пахової, може бути виконана за допомогою лапароскопічного підходу за відсутності странгуляції та підозри в необхідності резекції кишечника, де переважним є відкритий передперитонеальний підхід (РД 2 СР С).

Техніка герніопластики

1. **Невідкладне грижосічення в «чистому хірургічному полі» (I клас за класифікацією CDC)**
Використання сітки в «чистому хірургічному полі» (I клас за класифікацією CDC) пов'язане з нижчою частотою рецидивів у порівнянні з тензійними видами пластики, збільшення випадків ранової інфекції не спостерігається. Протезування з синтетичною сіткою рекомендується пацієнтам із невідправленою грижою та відсутністю ознак странгуляції кишечника або одночасної резекції кишечника (чисте хірургічне поле) (РД 1 СР А).
2. **Невідкладне грижосічення в «умовно-чистому хірургічному полі» (II клас за класифікацією CDC).**
Для пацієнтів з ускладненими грижами, зі странгуляцією кишечника та/або супутньою потребою в резекції кишечника без значного витікання кишкового вмісту (умовно-чисте хірургічне поле (II клас за класифікацією CDC)), можлива пластика синтетичною сіткою (без збільшення морбідності з боку рани протягом 30 днів), пов'язана із суттєво меншим ризиком рецидиву, незалежно від розміру гризових воріт (РД 1 СР А).

3. *Невідкладне грижосічення в «контамінованому чи інфікованому хірургічному полі» (III і IV клас за класифікацією CDC).*

Для стабільних пацієнтів із защемленою грижею з некрозом кишечника та/або значним витіканням кишкового вмісту під час резекції кишечника (контаміноване хірургічне поле, клас III за класифікацією CDC) або перитоніту з перфорацією кишки (інфіковане хірургічне поле, клас IV за класифікацією CDC), первинна пластика рекомендується, коли розмір дефекту невеликий (< 3 см); коли безпосередній шов неможливий, для пластики може бути використана біологічна сітка (**РД 2 СР С**).

4. Вибір між кросс-лінкованою та не-кросс-лінкованою біологічною сіткою залежить від розміру дефекту та ступеня забруднення. 2С.
5. Якщо біологічна сітка відсутня, використання поліглактинової сітки або відкрите лікування рани з відстроченою пластикою може бути адекватною альтернативою (**РД 2 СР С**).
6. Для нестабільних пацієнтів (які страждають тяжким сепсисом або септичним шоком), рекомендується відкрите лікування, щоб запобігти синдрому органів черевної порожнини; внутрішньочеревний тиск може вимірюватися інтраопераційно (**РД 2 СР С**).
7. Після стабілізації пацієнта хірурги повинні намагатися досягнути раннього остаточного закриття живота. Первинне фасціальне закриття може бути можливим лише тоді, коли ризик надмірної напруги або рецидивуючої внутрішньочеревної гіпертензії мінімальний (**РД 2 СР С**).
8. Якщо раннє повне фасціальне закриття неможливе, може бути використане поступове закриття на кожному етапі ревізії хірургічної рани. Кросс-лінковані біологічні сітки можуть розглядатися як варіант для відстроченої реконструкції черевної стінки (**РД 2 СР С**).
9. Коли остаточне фасціальне закриття не може бути досягнуте, тільки замикання на шкірі є можливим варіантом, і подальша евентрація може бути контрольованою на більш пізній стадії шляхом відстроченої пластики з використанням сітки (**РД 1 СР С**).
10. Техніка поділу компонентів черевної стінки може бути корисним та недорогим варіантом для пластики великих гриж середньої лінії живота (**РД 1 СР В**).

Антимікробна профілактика

1. У пацієнтів із невправимою грижею без ознак ішемії та відсутності резекції кишечника (I клас за класифікацією CDC) рекомендується короткочасна антимікробна профілактика (**РД 2 СР С**).
2. У хворих зі странгуляцією кишечника та/або резекцією кишечника (клас II та III за класифікацією CDC) рекомендується 48-годинна антимікробна профілактика. 2С.
3. Антибактеріальна терапія рекомендується для пацієнтів з перитонітом (клас IV за класифікацією CDC) (**РД 2 СР С**).

Знеболювання

Місцева анестезія може використовуватися, забезпечуючи ефективну анестезію з меншими післяопераційними ускладненнями при невідкладному грижосіченні при відсутності гангрені кишечника (**РД 1 СР С**).

3.8. Стандарти організації та алгоритм надання медичної допомоги хворим з гострим перитонітом в умовах стаціонару

1. **Нозологія. Гострий перитоніт.**
2. **Код МКХ – К 65.**
3. **Протокол призначений** для медичного персоналу хірургічних відділень, відділень інтенсивної терапії, лікарів-хірургів та анестезіологів, керівників закладів охорони здоров'я та їх заступників, середнього медичного персоналу, інших медичних працівників, які беруть участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з перитонітом.
4. **Мета протоколу.** Сформувати комплекс заходів з організації якісної медичної допомоги хворим з перитонітом старше 18 років шляхом визначення обсягів та об'єму діагностичної та лікувальної допомоги.

Основна частина: Уніфіковані алгоритми з надання лікувальної допомоги хворим з діагнозом «Гострий перитоніт» в умовах стаціонару

1. Визначення. Перитоніт – запалення парієтального та вісцерального листків очеревини, що виникає внаслідок впливу на них бактеріального або кишкового вмісту.

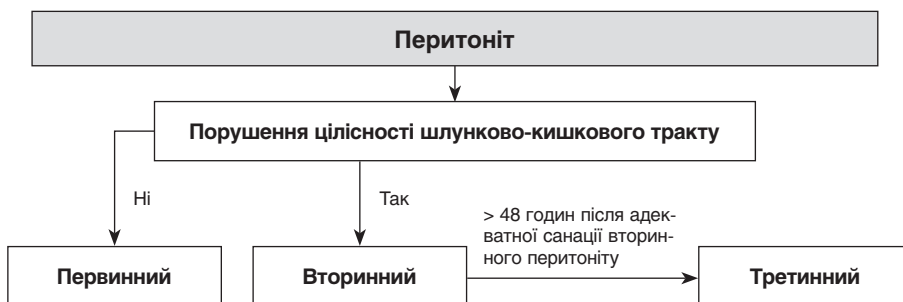
2. Види перитоніту. Залежно від основної патології, перитоніт може бути **інфікованим** і **стерильним**.

А) Інфікований перитоніт поділяється на **первинний, вторинний та третинний (схема 3.8):**

- а) **первинний перитоніт** – це запалення очеревини внаслідок дифузної бактеріальної інфекції (зазвичай викликається одним мікроорганізмом), без пошкодження цілісності шлунково-кишкового тракту (наприклад, асцит-перитоніт при цирозі печінки, діалізний перитоніт; як правило, лікування проводять консервативно без хірургічного втручання);
- б) **вторинний перитоніт** – гостра перитонеальна інфекція, що виникла внаслідок порушень цілісності шлунково-кишкового тракту (зустрічається найчастіше);
- в) **третинний перитоніт** – це рецидивуюча інфекція черевної порожнини, яка виникає через 48 годин після адекватної санації вторинного перитоніту (третинний перитоніт характерний для критичних хворих, хворих зі зниженим імунітетом, асоціюється з мультирезистентними штамами мікроорганізмів).

Схема 3.8

Види перитоніту



3. Діагностика гострого перитоніту

А) Клінічна діагностика. При встановленні діагнозу «Перитоніт» аналізуються клінічні прояви розвитку захворювання з метою визначення патологічного процесу, який призвів до розвитку такого тяжкого ускладнення (рання клінічна оцінка дозволяє оптимізувати діагностичну програму і призводить до більш ранньої реалізації необхідного лікування):

- а) оцінюється загальний стан хворого, наявність порушення вітальних функцій та вираженість поліорганної дисфункції;
- б) визначаються прояви характерної клінічної картини;
- в) призначаються лабораторні та інструментальні методи дослідження, які дають можливість уточнити діагноз та дозволити обґрунтувати лікувальну тактику.

4. Раннє виявлення вогнища інфекції та подальше лікування мінімізує ризик виникнення ускладнень (до діагностики слід підходити з урахуванням клінічних умов, ресурсів лікарні, віку пацієнта, починаючи з клінічного, лабораторного обстеження та підготовки пацієнта до візуалізуючого методу діагностики).

5. Фактори, які потенційно ідентифікують пацієнтів з перитонітом як пацієнтів високого ризику:

- А) Літній вік (≥ 70 років).
- Б) Злоякісна патологія.
- В) Значущий кардіоваскулярний ризик.
- Г) Значуще захворювання печінки або цироз печінки.
- Г) Значуща ниркова патологія.

- Д) Гіпоальбумінемія.
 - Е) Рівень інфікування/адекватності первинного контролю джерела інфекції.
 - Є) Дифузний, генералізований перитоніт.
 - Ж) Висока оцінка за показниками MPI score.
 - З) Затриманий первинний контроль джерела інфекції.
 - И) Нemoжливість досягнення адекватного контролю джерела інфекції.
 - І) Мікробіологічні характеристики.
 - і) Передбачуване інфікування резистентними патогенами.
- 6. Прогностичні системи оцінки тяжкості ускладнених інтраабдомінальних інфекцій.**
Оціночні шкали можуть бути розділені на дві групи:
- оцінка тяжкості порушень життєво важливих органів (анестезіологічна, SOFA);
 - специфічна оцінка перитоніту (хірургічна, MPI).

Диференційована лікувальна тактика

1. Клінічні прояви перитоніту є абсолютними показаннями до оперативного втручання.
2. Передопераційна підготовка спрямована на корекцію серцево-судинних, метаболічних та волевмічних порушень.
3. Завданнями хірургічного втручання при перитоніті є ліквідація причини перитоніту, санація черевної порожнини та створення умов для евакуації після операції перитонеального ексудату з черевної порожнини.

Диференційована хірургічна тактика лікування перитоніту

1. Операція з приводу перитоніту здійснюється під загальним знеболюванням з інтубацією трахеї та проведенням вентиляції легень.
2. При перитоніті виконується широка серединна лапаротомія (при виявленні розповсюдженого перитоніту в процесі операції, яка виконується з іншого доступу, необхідно перейти на серединну лапаротомію).
3. При здійсненні операції в умовах перитоніту основною метою її є ліквідація причини перитоніту та санація черевної порожнини:
 - а) обсяг хірургічного втручання з боку усунення причини перитоніту повинен бути мінімальним;
 - б) метою операції є усунення джерела перитоніту або його відокремлення від вільної черевної порожнини.
4. У хворих з розповсюдженим перитонітом:
 - а) проводять інтубацію тонкої кишки одним із способів, залежно від стану хворого та локалізації причини перитоніту (відмова від інтубації кишки може бути зумовлена або реактивною фазою перитоніту та відсутністю фібричних плівок в черевній порожнині або вкрай важким станом хворого, коли планується програмована релапаротомія через 24-48 год);
 - б) виконують санацію черевної порожнини:
 - достатньою кількістю ізотонічного розчину хлориду натрію (не використовувати розчин фурациліну у зв'язку з його токсичністю та неефективністю), механічний підхід – вимивати;
 - при наявності великої кількості плівок фібрину та/або підозрі на анаеробний характер мікрофлори, до промивного розчину додається 3% розчин перекису водню із розрахунку 1:10;
 - на першому етапі санації черевної порожнини доцільно використати один літр розчину катіонних антисептиків (декаметоксину 0,02% або 0,01-0,02% розчину мірамістину 1:5-1:10);
 - в) операція при розповсюдженому перитоніті завершується дренажуванням черевної порожнини трубками із чотирьох – шести контраптур (за винятком вкрай важкого стану пацієнта, коли формується лапаростома і ушивається тільки шкіра).

Клініко-статистична класифікація гострого перитоніту та моделі клінічних випадків, на яких формуються уніфіковані протоколи медичної допомоги

Клініко-статистична класифікація перитоніту

К 65 Гострий перитоніт

Макет клінічного діагнозу: Гострий {B_x} {R_x} {M_x} перитоніт {T_x ст. тяжкості}

Вид перитоніту:

B₁ – первинний

B₂ – вторинний

B₃ – третинний

Поширеність процесу:

R₁ – місцевий {B_x} (запальний процес охоплює одну ділянку)

B₁ – відокремлений (процес відокремлений від черевної порожнини)

B₂ – невідокремлений (запальний процес може прогресувати та поширюватись)

R₂ – розповсюджений {B_x}

B₁ – дифузно-розповсюджений (є ділянки, не охоплені запальним процесом, хоча перешкод для поширення немає)

B₂ – загальний (до запального процесу залучена вся очеревина)

Морфологічні прояви:

M₁ – серозний

M₂ – серозно-фібринозний

M₃ – фібринозний

M₄ – фібринозно-гнійний

M₅ – гнійний

M₆ – геморагічний

M₆ – гнилісний

M₈ – каловий

Ступінь тяжкості:

T₁ – ПОН 1 ст. (перитоніт без ураження інших органів та систем)

T₂ – ПОН 2 ст. (перитоніт з ураженням одного з органів – легені, нирки, печінка)

T₃ – ПОН 3 ст. (перитоніт з ураженням 2-3 органів – легені, нирки, печінка)

Моделі клінічних випадків гострого перитоніту, які використовуються в уніфікованому протоколі

Модель клінічного випадку №1 – Первинний перитоніт

Модель клінічного випадку №2 – Вторинний перитоніт

Модель клінічного випадку №3 – Третинний перитоніт

Модель клінічного випадку №1 – Первинний перитоніт

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Оцінка ризику, діагностика	1. Sartelli M. Management of intra-abdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus conference / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7.	1. Діагностика перитоніту починається з ранньої клінічної оцінки хворого, яка дозволяє оптимізувати діагностичну програму і призводить до більш ранньої реалізації необхідного лікування. Раннє виявлення вогнища інфекції та подальше лікування мінімізує ризик виникнення ускладнень. До клінічної оцінки відносяться збір анамнезу хвороби та анамнезу супутньої патології. 2. До діагностики слід підходити з урахуванням клінічних умов, ресурсів лікарні, віку пацієнта, починаючи з клінічного, лабораторного обстеження та підготовки пацієнта до візуалізуючого методу діагностики.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. –№ 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261 3. Sartelli M. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting / M. Sartelli, F. Catena, L. Ansaloni, F. Griffiths et al. // World J Emerg Surg – 2016. –№ 11:37.	3. Рекомендується характеризувати пацієнтів з урахуванням ступенів ризику невдач лікування та смерті (високий та низький ризик), а також з урахуванням походження джерела інфекції (позагоспітальна інтраабдомінальна інфекція (Community-acquired IAI) (CA-IAI) або інтраабдомінальна інфекція, пов'язана з медичним обслуговуванням (Healthcare or hospital-associated IAI) (HA-IAI)), включаючи післяопераційну інфекцію для планування контролю джерела інфекції та емпіричної антибактеріальної терапії. 4. Скринінгова лабораторна діагностика, до якої відносяться: - клінічний аналіз крові; - клінічний аналіз сечі; - визначення рівня глікемії; - визначення рівня білірубіну крові та його фракцій; - визначення рівня сечовини та креатиніну крові; - визначення рівня електролітів крові; - коагулограма; - визначення кислотно-основного стану крові; - визначення групи крові та резус-фактора хворого. Додаткові лабораторні методи використовуються при виявленні значущої супутньої патології, або органних порушень. 5. Скринінгові функціональні та візуалізуючі методи діагностики: - електрокардіографія; - рентгенографія органів грудної та черевної порожнин; - ультразвукове дослідження органів черевної порожнини; - комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Додаткові функціональні та візуалізуючі методи використовуються з метою виявлення причини захворювання та локалізації вогнищ інфекції. 6. Первинний огляд анестезіолога з оцінкою ризику анестезії за ASA і об'єму оперативного втручання. Оцінка поліорганної недостатності за SOFA. 7. Первинний огляд суміжних спеціалістів з оцінкою впливу супутньої патології на стан пацієнта. 8. Заповнення необхідної документації (первинний огляд лікаря приймального відділення, первинний огляд хірурга, первинний огляд анестезіолога та суміжних спеціалістів, передопераційний епікриз), оформлення інформованої згоди пацієнта або його родичів (у випадках вкрай тяжкого стану пацієнта та відсутності родичів, показання до оперативного втручання висуваються консиліумом у складі трьох лікарів) на проведення діагностики, лікування, анестезії та оперативного втручання проводиться на відповідних етапах

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Інтенсивна терапія та хірургічне лікування	1. Sartelli M. Management of intraabdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus confereces / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7. 2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. – № 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261. 3. Rhodes A. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016 / A. Rhodes, L.E. Evans, W. Alhazzani, M.M. Levy et al. // Intensive Care Med. – 2017	1. Інтенсивну терапію необхідно починати якомога раніше. Лікування критичних пацієнтів проводять у відділенні інтенсивної терапії. 2. Забезпечення венозного доступу (катетеризація двох вен). Катетеризація сечового міхура, контроль діурезу. 3. Оксигенотерапія. Замісна терапія (протекція вітальних функцій). 4. Проведення мультимодальної аналгезії. 5. Інфузійну терапію рекомендується проводити збалансованими розчинами кристаліодів із розрахунку 20 мл/кг в перші 3 години: - об'єм початкової та подальшої інфузійної терапії треба переоцінювати, залежно від гемодинамічного статусу пацієнта; - переоцінка повинна включати в себе клінічне обстеження змін фізіологічних параметрів у динаміці (частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, сатурації крові, частоти дихання, температури тіла, діурезу), а також інших параметрів неінвазивного або інвазивного моніторингу, якщо такі є. 6. У пацієнтів із септичним шоком, що потребують симпатоміметичної підтримки, необхідно підтримувати цільовий середній артеріальний тиск не нижче 65 мм рт.ст.: - норадреналін є препаратом вибору першої лінії вазопресорів; - з метою підвищення середнього артеріального тиску до цільового рекомендовано додати вазопресин (до 0,03 од/хв) або адреналін чи норадреналін; - використання дофаміну в якості альтернативного симпатоміметичного препарату норадреналіну рекомендується тільки після ретельної оцінки пацієнтів (наприклад, у пацієнтів з низьким ризиком тахіаритмії й абсолютною або відносною брадикардією). 7. Антибактеріальну терапію слід починати якомога раніше після визначення перитоніту протягом першої години з внутрішньовенного ведення антибактеріальних препаратів: - рекомендовано починати емпіричну антибактеріальну терапію широкого спектру дії з одним або декількома антибіотиками, щоб охопити усі можливі патогенні мікроорганізми, включаючи бактеріальні та можливі грибові або вірусні; - комбінована емпірична антибактеріальна терапія (з використанням щонайменше двох антибіотиків різних класів) повинна бути спрямована на більш ймовірний збудник на початковому етапі лікування; - стандартна антимікробна терапія при інтраабдомінальних інфекціях повинна включати агенти з активністю проти аеробних грамнегативних <i>Enterobacteriaceae</i>, аеробних стрептококів та облигатних анаеробних мікроорганізмів, що мешкають в гастроінтестинальному тракті; - враховувати активність проти облигатних кишкових анаеробів неов'язково, якщо джерело інфекції – у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту; - призначення додаткових антимікробних агентів, які забезпечують покриття менш поширених резистентних або опортуністичних мікроорганізмів, може бути виправдане у критичних пацієнтів; - дозування антибактеріальних препаратів слід враховувати на основі їх фармакокінетики/фармакодинаміки (Розділ 4.2).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		8. Гемотрансфузійна терапія: - проводиться з метою корекції анемії, при відсутності ішемії міокарду, важкої гіпоксемії або гострої крововтрати, рекомендована тільки при зниженні гемоглобіну нижче 70 г/л; - використання СЗП для корекції згортання крові при відсутності кровотечі не рекомендується; - при проведенні оперативного втручання, інвазивних процедур, наявності активної кровотечі, рекомендована трансфузія тромбоцитів при їх зниженні менше $50 \times 10^9/\text{л}$. 9. Корекція рівня глікемії проводиться інсуліном короткої дії, якщо рівень глюкози в крові перевищує > 10 ммоль/л при двократному дослідженні крові (такий підхід повинен забезпечувати верхній рівень глюкози в крові ≤ 10 ммоль/л, але і не менше $\leq 6,1$ ммоль/л); контроль рівня глікемії необхідно проводити кожні 1-2 години, поки рівень глюкози в крові й швидкість інфузії інсуліну не будуть стабілізовані, потім кожні 4 години у пацієнтів, яким проводиться інфузія інсуліну. 10. Використання бікарбонату натрію для поліпшення гемодинамічних показників або зниження потреби у вазопресорній підтримці, у пацієнтів з лактацидозом при $\text{pH} \geq 7,15$, викликаним гіперперфузією, не рекомендується. 11. З метою профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень рекомендується використовувати пасивну та активну профілактику: - застосовується нефракціонований гепарин (НФГ) або низькомолекулярний гепарин (НМГ) (перевагу слід надавати НМГ порівняно із НФГ) при відсутності протипоказань для застосування цих препаратів; - фармакологічну профілактику слід комбінувати з механічною профілактикою, коли це можливо; - механічну профілактику також треба використовувати, коли фармакологічна профілактика протипоказана (Розділ 4.3). 12. З метою профілактики стрес-виразок рекомендовано використовувати інгібітори протонної помпи або антагоністи H_2-гістамінових рецепторів. 13. Назогастральна декомпресія шлунку. 14. Підготовка операційного поля (депіляція за допомогою крему для депіляції, гоління електричною бритвою). 15. Премедикація (Розділ 4.7). 16. Загальна анестезія з проведенням механічної вентиляції легень (Розділ 4.7). 17. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 18. Хірургічне втручання. Контроль джерела інфекції у пацієнтів з перитонітом повинен бути проведений ургентно, може бути відкладений у менш тяжких пацієнтів при відповідних обставинах. Рекомендовано використовувати найменш інвазійний підхід, здатний забезпечити адекватний контроль джерела у пацієнтів з перитонітом, принаймні тимчасово. У пацієнтів з нестабільними вітальними функціями, з супутньою ішемією стінки кишок рекомендовано використовувати альтернативний або вибікувальний підхід до контролю джерела інфекції. Рекомендовано використовувати скорочену лапаротомію та тимчасові методи закриття черевної порожнини у критичних хворих у випадках:

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	- якщо закриття живота створить значну внутрішньочеревну гіпертензію; - якщо фізіологічні резерви пацієнта серйозно скомпрометовані; - якщо є вірогідність не досягти адекватної санації при первинному втручанні; - якщо планується релапаротомія у зв'язку з мезентеріальною ішемією.	Промивати черевну порожнину рекомендовано розчинами кристалолідів перед її закриттям, щоб видалити видимий інфікований вміст, обмежуючись ділянками, залученими до патологічного процесу. Оцінка MPI із записом результату до протоколу операції. 19. Бактеріологічне дослідження перитонеальної рідини: - у пацієнтів з низьким ризиком з метою визначення режимів антибактеріальної терапії рутинно проводити не рекомендується; - у пацієнтів з високим ризиком та у пацієнтів з перитонітом, асоційованим з медичною допомогою, рекомендується проводити бактеріологічне дослідження перитонеальної рідини з метою виявлення потенційних резистентних або опортуністичних патогенів; - інтраперитонеальні зразки для мікробіологічного дослідження з місця інфікування завжди рекомендується брати у пацієнтів, схильних до ризику ураження резистентними патогенами, у пацієнтів, які знаходяться в критичному стані; - відповідним інтраперитонеальним зразком є рідина/тканина, взята з місця інфікування; - достатній обсяг рідини/тканини черевної порожнини (зазвичай не менше 1-2 мл) слід збирати і транспортувати до мікробіологічної лабораторії з використанням транспортної системи, яка належним чином зберігає і захищає зразки від пошкодження (у лабораторії інтраперитонеальний зразок повинен бути пофарбований за Грамом, досліджений на аеробні й анаеробні культури, і тестований на чутливість до антибіотиків).
	20. Подальша інтенсивна терапія та протекція життєво важливих органів: - необхідно починати раннє ентеральне харчування у всіх пацієнтів, які можуть харчуватись ентерально; - у пацієнтів, у яких тільки ентеральне харчування неможливе, але яким можливо налагодити ентеральне харчування протягом перших 7 днів, рекомендовано почати внутрішньовенне введення глюкози і дати налагодити ентеральне харчування; - ізольоване парентеральне харчування не рекомендується у пацієнтів зі збереженою здатністю до ентерального харчування; - рекомендовано використовувати раннє низькокалорійне або раннє повне ентеральне харчування (якщо низькокалорійне харчування було призначено спочатку, то об'єм харчування повинен розширятися відповідно до толерантності пацієнта до харчування); - для ліквідації порушень засвоєння їжі рекомендовано використовувати прокінетики; - у пацієнтів з порушеннями засвоєння їжі або високим ризиком аспірації рекомендовано встановлювати інтестинальний (post-pyloric) зонд	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Виписка з рекомендації (післягоспітальний період)		Критерії для виписки хворого: 1) відновлення функцій життєво важливих органів; 2) відновлення функції шлунково-кишкового тракту; 3) відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці, що загрожують життю хворого; 4) зникнення проявів системного запалення. Обов'язкові заходи: спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс, виконання рекомендацій та перев'язки за необхідністю. Бажані заходи: збереження адекватного режиму праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Модель клінічного випадку №2 – Вторинний перитоніт

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Оцінка ризику, діагностика	1. Sartelli M. Management of intra-abdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus conferece / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7. 2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. – № 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261 3. Sartelli M. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting / M. Sartelli, F. Catena, L. Ansaloni, F. Griffiths et al. // World J Emerg Surg – 2016. – № 11:37.	1. Діагностика перитоніту починається з ранньої клінічної оцінки хворого, яка дозволяє оптимізувати діагностичну програму і призводить до більш ранньої реалізації необхідного лікування. Раннє виявлення вогнища інфекції та подальше лікування мінімізує ризик виникнення ускладнень. До клінічної оцінки відносяться збір анамнезу хвороби та анамнезу супутньої патології. 2. До діагностики слід підходити з урахуванням клінічних умов, ресурсів лікарні, віку пацієнта, починаючи з клінічного, лабораторного обстеження та підготовки пацієнта до візуалізуючого методу діагностики. 3. Рекомендується характеризувати пацієнтів з урахуванням ступенів ризику невдач лікування та смерті (високий та низький ризик), а також з урахуванням походження джерела інфекції (позагоспітальна інтраабдомінальна інфекція (Community-acquired IAI) (CA-IAI) або інтраабдомінальна інфекція, пов'язана з медичним обслуговуванням (Healthcare or hospital-associated IAI (HA-IAI)), включаючи післяопераційну інфекцію для планування контролю джерела інфекції та емпіричної антибактеріальної терапії. 4. Скринінгова лабораторна діагностика, до якої відносяться: - клінічний аналіз крові; - клінічний аналіз сечі; - визначення рівня глікемії; - визначення рівня білірубину крові та його фракцій; - визначення рівня сечовини та креатиніну крові; - визначення рівня електролітів крові; - коагулограма; - визначення кислотно-основного стану крові; - визначення групи крові та резус-фактора хворого. Додаткові лабораторні методи використовуються при виявленні значущої супутньої патології, або органних порушень. 5. Скринінгові функціональні та візуалізуючі методи діагностики: - електрокардіографія; - рентгенографія органів грудної та черевної порожнини; - ультразвукове дослідження органів черевної порожнини; - комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Додаткові функціональні та візуалізуючі методи використовуються з метою виявлення причини захворювання та локалізації вогнища інфекції.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		6. Первинний огляд анестезіолога з оцінкою ризику анестезії за ASA і об'єму оперативного втручання. Оцінка поліорганної недостатності за SOFA. 7. Первинний огляд суміжних спеціалістів з оцінкою впливу супутньої патології на стан пацієнта. 8. Заповнення необхідної документації (первинний огляд лікаря приймального відділення, первинний огляд хірурга, первинний огляд анестезіолога та суміжних спеціалістів, передопераційний епікриз), оформлення інформованої згоди пацієнта або його родичів (у випадках вкрай тяжкого стану пацієнта та відсутності родичів, показання до оперативного втручання висувуються консиліумом у складі трьох лікарів) на проведення діагностики, лікування, анестезії та оперативного втручання проводиться на відповідних етапах
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Інтенсивна терапія та хірургічне лікування	1. Sartelli M. Management of intra-abdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus confrens / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7. 2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. – № 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261.	1. Інтенсивну терапію необхідно починати якомога раніше. Лікування критичних пацієнтів проводять у відділенні інтенсивної терапії. 2. Забезпечення венозного доступу (катетеризація двох вен). Катетеризація сечового міхура, контроль діурезу. 3. Оксигенотерапія. Замісна терапія (протекція вітальних функцій). 4. Проведення мультимодальної аналгезії. 5. Інфузійну терапію рекомендовано проводити збалансованими розчинами кристалоїдів із розрахунку 20 мл/кг в перші 3 години: - об'єм початкової та подальшої інфузійної терапії треба переоцінювати залежно від гемодинамічного статусу пацієнта; - переоцінка повинна включати в себе клінічне обстеження змін фізіологічних параметрів у динаміці (частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, сатурації крові, частоти дихання, температури тіла, діурезу), а також інших параметрів неінвазивного або інвазивного моніторингу, якщо такі є. 6. У пацієнтів із септичним шоком, що потребують симптоматичної підтримки, необхідно підтримувати цільовий середній артеріальний тиск не нижче 65 мм рт.ст.: - норадреналін є препаратом вибору першої лінії вазопресорів; - з метою підвищення середнього артеріального тиску до цільового рекомендовано додати вазопресин (до 0,03 од/хв) або адреналін чи норадреналін; - використання дофаміну в якості альтернативного симптоматичного препарату норадреналіну рекомендовано тільки після ретельної оцінки пацієнтів (наприклад, у пацієнтів з низьким ризиком тахіаритмії та абсолютною або відносною брадикардією).

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	3. Rhodes A. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016 / A. Rhodes, L.E. Evans, W. Alhazzani, M.M. Levy et al. // Intensive Care Med. – 2017.	7. Антибактеріальну терапію слід починати якомога раніше після визначення перитоніту протягом першої години з внутрішньовенного ведення антибактеріальних препаратів: - рекомендовано починати емпіричну антибактеріальну терапію широкого спектру дії з одним або декількома антибіотиками, щоб охопити усі можливі патогенні мікроорганізми, включаючи бактеріальні та можливі грибові або вірусні; - комбінована емпірична антибактеріальна терапія (з використанням щонайменше двох антибіотиків різних класів) повинна бути спрямована на більш ймовірний збудник на початковому етапі лікування; - стандартна антимікробна терапія при інтраабдомінальних інфекціях повинна включати агенти з активністю проти аеробних грамнегативних <i>Enterobacteriaceae</i>, аеробних стрептококів та облигатних анаеробних мікроорганізмів, що мешкають в гастроінтестинальному тракті; - враховувати активність проти облигатних кишкових анаеробів не обов'язково, якщо джерело інфекції – у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту; - призначення додаткових антимікробних агентів, які забезпечують покриття менш поширених резистентних або опортуністичних мікроорганізмів, може бути виправданим у критичних пацієнтів; - дозування антибактеріальних препаратів слід вираховувати на основі їх фармакокінетики/фармакодинаміки (Розділ 4.2). 8. Гемотрансфузійна терапія: - проводиться з метою корекції анемії, при відсутності ішемії міокарду, важкої гіпоксемії або гострої крововтрати, рекомендована тільки при зниженні гемоглобіну нижче 70 г/л; - використання СЗП для корекції згортання крові при відсутності кровотечі не рекомендується; - при проведенні оперативного втручання, інвазивних процедур, наявності активної кровотечі, рекомендована трансфузія тромбоцитів при їх зниженні менше $50 \times 10^9/\text{л}$. 9. Корекція рівня глікемії: - проводиться інсуліном короткої дії, якщо рівень глюкози в крові перевищує > 10 ммоль/л при двократному дослідженні крові (такий підхід повинен забезпечувати верхній рівень глюкози в крові ≤ 10 ммоль/л, але і не менше $\leq 6,1$ ммоль/л); - контроль рівня глікемії необхідно проводити кожні 1-2 години, поки рівень глюкози в крові та швидкість інфузії інсуліну не будуть стабілізовані, потім кожні 4 години у пацієнтів, яким проводиться інфузія інсуліну. 10. Використання бікарбонату натрію для поліпшення гемодинамічних показників або зниження потреби у вазопресорній підтримці у пацієнтів з лактацидозом при $\text{pH} \geq 7,15$, викликаним гіперперфузією, не рекомендоване.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
	11. 3 метою профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень рекомендується: - використання нефракціонованого гепарину (НФГ) або низькомолекулярний гепарин (НМГ) (перевагу слід надавати НМГ порівняно із НФГ) при відсутності протипоказань для застосування цих препаратів; - фармакологічну профілактику слід комбінувати з механічною профілактикою, коли це можливо; - механічну профілактику також треба використовувати, коли фармакологічна протипоказана (Розділ 4.3). 12. 3 метою профілактики стрес-виразок рекомендовано використовувати інгібітори протонної помпи або антагоністи H_2-гістамінових рецепторів. 13. Назогастральна декомпресія шлунку. 14. Підготовка операційного поля (депіляція за допомогою крему для депіляції, гоління за допомогою електричної бритви). 15. Премедикація (Розділ 4.7). 16. Загальна анестезія з проведенням механічної вентиляції легень (Розділ 4.7). 17. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 18. Хірургічне втручання: Контроль джерела інфекції у пацієнтів з перитонітом повинен бути проведений ургентно, може бути відкладений у менш тяжких пацієнтів при відповідних обставинах. Рекомендовано використовувати найменш інвазійний підхід, здатний забезпечити адекватний контроль джерела у пацієнтів з перитонітом, принаймні тимчасово. У пацієнтів із нестабільними вітальними функціями, з супутньою ішемією кишечника рекомендується використовувати альтернативний або вичікувальний підхід до контролю джерела інфекції. Рекомендовано використовувати скорочену лапаротомію та тимчасові методи закриття черевної порожнини у критичних хворих у випадках: - якщо закриття живота створить значну внутрішньочеревну гіпертензію; - якщо фізіологічні резерви пацієнта серйозно скомпрометовані; - якщо є вірогідність не досягти адекватної санації при первинному втручанні; - якщо планується релапаротомія у зв'язку з мезентеріальною ішемією. Промивати черевну порожнину рекомендовано розчинами кристалоїдів перед її закриттям, щоб видалити видимий інфікований вміст, обмежуючись ділянками, значно залученими до патологічного процесу. Стратегія «damage control» є варіантом вибору у нестабільних пацієнтів з перитонітом. На даний час достатньо доказів на користь хірургічної тактики «damage control», щоб рекомендувати її в якості загальної стратегії у пацієнтів із вторинним перитонітом. Оцінка MPI із записом результату до протоколу операції.	

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		19. Бактеріологічне дослідження перитонеальної рідини: - у пацієнтів з низьким ризиком з метою визначення режимів антибактеріальної терапії рутинно проводити не рекомендується; - у пацієнтів з високим ризиком і пацієнтів з перитонітом, асоційованим з медичною допомогою, рекомендовано проводити бактеріологічне дослідження перитонеальної рідини з метою виявлення потенційних резистентних або опортуністичних патогенів; - інтраперитонеальні зразки для мікробіологічного дослідження з місця інфікування завжди рекомендується брати у пацієнтів, схильних до ризику ураження резистентними патогенами, у пацієнтів, які знаходяться в критичному стані; - відповідним інтраперитонеальним зразком є рідина/тканина, взята з місця інфікування; - достатній обсяг рідини/тканини черевної порожнини (зазвичай не менше 1-2 мл) слід збирати і транспортувати до мікробіологічної лабораторії з використанням транспортної системи, яка належним чином зберігає і захищає зразки від пошкодження (у лабораторії інтраперитонеальний зразок повинен бути пофарбований за Грамом, досліджений на аеробні й анаеробні культури, і тестований на чутливість до антибіотиків). 20. Подальша інтенсивна терапія та протекція життєво важливих органів: - необхідно починати раннє ентеральне харчування у всіх пацієнтів, які можуть харчуватись ентерально; - у пацієнтів, у яких тільки ентеральне харчування неможливе, але яким можливо налагодити ентеральне харчування протягом перших 7 днів, рекомендовано почати внутрішньовенне введення глюкози і дати налагодити ентеральне харчування; - ізольоване парентеральне харчування не рекомендується у пацієнтів зі збереженою здатністю до ентерального харчування; - рекомендовано використовувати раннє низькокалорійне або раннє повне ентеральне харчування (якщо низькокалорійне харчування було призначене спочатку, то об'єм харчування повинен розширюватися відповідно до толерантності пацієнта до харчування); - для ліквідації порушень засвоєння їжі рекомендується використовувати прокінетики. У пацієнтів з порушеннями засвоєння їжі або високим ризиком аспірації рекомендовано встановлювати інтестинальний (post-pyloric) зонд
Виписка з рекомендаційми (післягоспітальний період)		Критерії для виписки хворого: 1) відновлення функцій життєво важливих органів; 2) відновлення функції шлунково-кишкового тракту; 3) відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці, які загрожують життю хворого, перев'язки за необхідності; 4) зникнення проявів системного запалення. Обов'язкові заходи: спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс., виконання рекомендацій та перев'язки за необхідності. Бажані заходи: збереження адекватного режиму праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Модель клінічного випадку №3 – Третинний перитоніт

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Оцінка ризику, діагностика	1. Sartelli M. Management of intra-abdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus confrens / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7. 2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. – № 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261 3. Sartelli M. WSES Guidelines for the management of acute left sided colonic diverticulitis in the emergency setting / M. Sartelli, F. Catena, L. Ansaloni, F. Griffiths et al. // World J Emerg Surg – 2016. – № 11:37.	Діагностика третинного перитоніту проводиться з переоцінкою результатів дослідження з метою виявлення та ліквідації причин його розвитку 1. Діагностика перитоніту починається з клінічної оцінки хворого, яка дозволяє оптимізувати діагностичну програму і призводить до більш ранньої реалізації необхідного лікування. До клінічної оцінки відносяться збір анамнезу хвороби та анамнезу супутньої патології. 2. До діагностики слід підходити з урахуванням клінічних умов, ресурсів лікарні, віку пацієнта, починаючи з клінічного, лабораторного обстеження та підготовки пацієнта до візуалізуючого методу діагностики. 3. Рекомендується характеризувати пацієнтів з урахуванням ступенів ризику невдач лікування та смерті (високий та низький ризик), а також з урахуванням походження джерела інфекції (позагоспітальна інтраабдомінальна інфекція (Community-acquired IAI) (CA-IAI) або інтраабдомінальна інфекція, пов'язана з медичним обслуговуванням (Healthcare or hospital-associated IAI (HA-IAI)), включаючи післяопераційну інфекцію) для планування контролю джерела інфекції та емпіричної антибактеріальної терапії. 4. Скринінгова лабораторна діагностика, до якої відносяться: - клінічний аналіз крові; - клінічний аналіз сечі; - визначення рівня глікемії; - визначення рівня білірубіну крові та його фракцій; - визначення рівня сечовини та креатиніну крові; - визначення рівня електролітів крові; - коагулограма; - визначення кислотно-основного стану крові; - визначення групи крові та резус-фактора хворого. Додаткові лабораторні методи використовуються при виявленні значущої супутньої патології або органних порушень. 5. Скринінгові функціональні та візуалізуючі методи діагностики: - електрокардіографія; - рентгенографія органів грудної та черевної порожнин; - ультразвукове дослідження органів черевної порожнини; - комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Додаткові функціональні та візуалізуючі методи використовуються з метою виявлення причини захворювання та локалізації вогнищ інфекції. 6. Первинний огляд анестезіолога з оцінкою ризику анестезії за ASA і об'єму оперативного втручання. Оцінка поліорганної недостатності за SOFA. 7. Первинний огляд суміжних спеціалістів з оцінкою впливу супутньої патології на стан пацієнта. 8. Заповнення необхідної документації (первинний огляд лікаря приймального відділення, первинний огляд хірурга, первинний огляд анестезіолога та суміжних спеціалістів, передопераційний епікриз), оформлення інформованої згоди пацієнта або його родичів (у випадках вкрай тяжкого стану пацієнта та відсутності родичів, показання до оперативного втручання висуваються консиліумом у складі трьох лікарів) на проведення діагностики, лікування, анестезії та оперативного втручання проводиться на відповідних етапах

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
Тактика ведення хворих з гострим перитонітом. Інтенсивна терапія та хірургічне лікування	1. Sartelli M. Management of intra-abdominal infection: recommendation by the WSEC 2016 consensus conferens / M. Sartelli, F. Catena, F.M. Abu-Zidan, L. Ansaloni et al. // World Journal of Emergency Surgery. – 2017. – № 12:20. DOI 10.1186/s13017-017-0132-7. 2. Mazuski J.E. The surgical infection society revised guidelines on the management of intra-abdominal infection / J.E. Mazuski, J.M. Tessier, A.K. May, R.G. Sawyer et al. // Surgical infections – 2017. – № 18 (1) P. 76. DOI: 10.1089/sur.2016.261. 3. Rhodes A. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016 / A. Rhodes, L.E. Evans, W. Alhazzani, M.M. Levy et al. // Intensive Care Med. – 2017.	Лікування третинного перитоніту проводиться з корегуванням або доповненням лікування, яке проводилося попередньо 1. Інтенсивну терапію необхідно починати якомога раніше. Лікування критичних пацієнтів проводять у відділенні інтенсивної терапії. 2. Забезпечення венозного доступу (катетеризація двох вен). Катетеризація сечового міхура, контроль діурезу. 3. Оксигенотерапія. Замісна терапія (протекція вітальних функцій). 4. Проведення мультимодальної аналізії. 5. Інфузійну терапію рекомендовано проводити: - об'єм подальшої інфузійної терапії треба переоцінювати (адреналін, норадреналін); - використання дофаміну в якості альтернативного симпатоміметичного препарату норадреналіну рекомендовано тільки після ретельної оцінки пацієнтів (наприклад, у пацієнтів з низьким ризиком тахіаритмії і абсолютною або відносною брадикардією). 6. Стандартна антимікробна терапія: - при інтраабдомінальних інфекціях повинна включати агенти з активністю проти аеробних грамнегативних Enterobacteriaceae, аеробних стрептококів та облигатних анаеробних мікроорганізмів, що мешкають в гастроінтестинальному тракті; - враховувати активність антимікробних препаратів проти облигатних кишкових анаеробів неовов'язково, якщо джерело інфекції – у верхніх відділах шлунково-кишкового тракту; - призначення додаткових антимікробних агентів, які забезпечують покриття менш поширених резистентних або опортуністичних мікроорганізмів, може бути виправдане у критичних пацієнтів; - дозування антибактеріальних препаратів слід вираховувати на основі їх фармакокінетики/фармакодинаміки; - емпіричну антибактеріальну терапію необхідно звужувати, якщо патогенний мікроорганізм або його чутливість встановлені, та/або відзначається поліпшення клінічної картини (необхідно щоденно проводити оцінку для деескалації антибактеріальної терапії) (Розділ 4.2). 7. Гемотрансфузійна терапія: - з метою корекції анемії, при відсутності ішемії міокарду, важкої гіпоксемії або гострої крововтрати, гемотрансфузійна терапія рекомендована тільки при зниженні гемоглобіну нижче 70 г/л; - використання СЗП для корекції згортання крові при відсутності кровотечі не рекомендується; - при проведенні оперативного втручання, інвазивних процедур, наявності активної кровотечі, рекомендована трансфузія тромбоцитів при їх зниженні менше $50 \times 10^9/\text{л}$. 8. Корекція рівня глікемії проводиться інсуліном короткої дії, якщо рівень глюкози в крові перевищує $> 10 \text{ ммоль/л}$ при двократному дослідженні крові (такий підхід повинен забезпечувати верхній рівень глюкози в крові $\leq 10 \text{ ммоль/л}$, але і не менше $\leq 6,1 \text{ ммоль/л}$);

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		- контроль рівня глікемії необхідно проводити кожні 1-2 години, поки рівень глюкози в крові та швидкість інфузії інсуліну не будуть стабілізовані, потім кожні 4 години у пацієнтів, яким проводиться інфузія інсуліну. 9. Використання бікарбонату натрію для поліпшення гемодинамічних показників або зниження потреби у вазопресорній підтримці, у пацієнтів з лактатацидозом при $\text{pH} \geq 7,15$, викликаним гіперперфузією, не рекомендується. 10. З метою профілактики венозних тромбоемболічних ускладнень рекомендується: - використання нефракціонованого гепарину (НФГ) або низькомолекулярного гепарину (НМГ) (перевагу слід надавати НМГ порівняно із НФГ) при відсутності протипоказань для застосування цих препаратів; - фармакологічну профілактику слід комбінувати з механічною профілактикою, коли це можливо; - механічну профілактику також треба використовувати, коли фармакологічна протипоказана (Розділ 4.3). 11. З метою профілактики стрес-виразок рекомендовано використовувати інгібітори протонної помпи або антагоністи H_2-гістамінових рецепторів. 12. Назогастральна декомпресія шлунку (якщо в цьому є необхідність). 13. Підготовка операційного поля (депіляція за допомогою крему для депіляції, гоління за допомогою електричної бритви). 14. Премедикація (Розділ 4.7). 15. Загальна анестезія з проведенням механічної вентиляції легень (Розділ 4.7). 16. Інфузійна терапія під час знеболення (Розділ 4.4). 17. Хірургічне втручання. Рутинно планову релапаротомію не рекомендується проводити у пацієнтів з перитонітом і високим ризиком, якщо на момент проведення втручання можна досягти адекватного контролю джерела інфекції. Таких пацієнтів необхідно лікувати на вимогу, а не за планом повторної лапаротомії. Промивати черевну порожнину рекомендується розчинами кристалоїдів перед її закриттям, щоб видалити інфікований вміст, обмежуючись ділянками, значно залученими до патологічного процесу. Стратегія «damage control» є варіантом вибору у нестабільних пацієнтів з перитонітом. При важкому перитоніті концепція «damage control surgery» з використанням стратегії відкритого живота може забезпечити раннє дренування джерела інфекції й подальший його контроль, запобігти розвитку абдомінального компартмент-синдрому, дати можливість відкласти остаточне оперативне втручання до стабілізації пацієнта. Тимчасове закриття черевної порожнини з використанням терапії негативного тиску (negative pressure therapy, NPT) скорочує час до остаточного закриття черевної порожнини. Але треба враховувати, що проведення NPT збільшує ризик розвитку кишкових свищів.

Положення протоколу	Обґрунтування	Необхідні дії
		18. У пацієнтів з високим ризиком і пацієнтів з перитонітом, асоційованим з медичною допомогою, рекомендується проводити бактеріологічне дослідження перитонеальної рідини з метою виявлення потенційних резистентних або опортуністичних патогенів: - інтраперитонеальні зразки для мікробіологічного дослідження з місця інфікування завжди рекомендується брати у пацієнтів, схильних до ризику ураження резистентними патогенами, у пацієнтів, які знаходяться в критичному стані (відповідним інтраперитонеальним зразком є рідина/тканина, взята з місця інфікування); - достатній обсяг рідини/тканини черевної порожнини (зазвичай не менше 1-2 мл) слід збирати і транспортувати до мікробіологічної лабораторії з використанням транспортної системи, яка належним чином зберігає і захищає зразки від пошкодження; - у лабораторії інтраперитонеальний зразок повинен бути пофарбований за Грамом, досліджений на аеробні й анаеробні культури, і тестований на чутливість до антибіотиків (інтраперитонеальні зразки потрібно досліджувати при кожному повторному оперативному втручанні). 19. Подальша інтенсивна терапія та протекція життєво важливих органів: - необхідно починати раннє ентеральне харчування у всіх пацієнтів, які можуть харчуватись ентерально; - у пацієнтів, в яких тільки ентеральне харчування неможливе, але яким можливо налагодити ентеральне харчування протягом перших 7 днів, рекомендується почати внутрішньовенне введення глюкози і дати налагодити ентеральне харчування; - ізольоване парентеральне харчування не рекомендується у пацієнтів зі збереженою здатністю до ентерального харчування; - рекомендується використовувати раннє низькокалорійне або раннє повне ентеральне харчування (якщо низькокалорійне харчування було призначене спочатку, то об'єм харчування повинен розширяться відповідно до толерантності пацієнта до харчування); - для ліквідації порушень засвоєння їжі рекомендовано використовувати прокінетики; - у пацієнтів з порушеннями засвоєння їжі або високим ризиком аспірації рекомендовано встановлювати інтестинальний (post-pyloric) зонд
Виписка з рекомендації-ми (післягоспітальний період)		Критерії для виписки хворого: 1) відновлення функцій життєво важливих органів; 2) відновлення функції шлунково-кишкового тракту; 3) відсутність ознак запалення з боку рани на черевній стінці, що загрожують життю хворого; 4) зникнення проявів системного запалення. Обов'язкові заходи: спостереження хірурга поліклініки та лікаря загальної практики протягом 1 міс., виконання рекомендацій та перев'язки за необхідності. Бажані заходи: збереження адекватного режиму праці, обмеженість важкої праці, фізіотерапевтичне лікування та ЛФК

Додаток 1

ASA (ASA physical status classification system) – шкала оцінки стану пацієнта перед хірургічним втручанням

ASA I	Здоровий пацієнт	Здоровий пацієнт, що не палить, мало вживає алкоголь
ASA II	Пацієнт з легкими системними захворюваннями	Легкі захворювання, без істотних функціональних обмежень. Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): курець, соціальний алкоголік, вагітна, надлишок маси тіла ($30 < \text{IMT} < 40$), компенсований цукровий діабет, контрольована артеріальна гіпертензія, легкі захворювання дихальної системи
ASA III	Пацієнт з тяжкими системними захворюваннями	Значні обмеження функціональної активності Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): погано контрольована артеріальна гіпертензія або субкомпенсований цукровий діабет, ХОЗЛ, надлишок маси тіла ($\text{IMT} \geq 40$), активний гепатит, алкогольна залежність або зловживання алкоголем, імплантований кардіостимулятор, помірно зниження фракції серцевого викиду, хронічна ниркова недостатність, що вимагає регулярного проходження гемодіалізу за розкладом. В анамнезі (більше 3 міс.): інфаркт міокарда, інсульт, транзиторна ішемічна атака, ішемічна хвороба серця або стентування
ASA IV	Пацієнт із тяжкими системними захворюваннями, які постійно загрожують його життю	Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): інфаркт міокарда, інсульт, транзиторна ішемічна атака, ішемічна хвороба серця або стентування, поточна ішемія міокарда або важка дисфункція клапанів серця, різке зниження фракції викиду, сепсис, ДВЗ-синдром, гостра або хронічна ниркова недостатність, при нерегулярному проходженні гемодіалізу
ASA V	Вмираючий пацієнт. Операція за життєвими показаннями	Приклади включають в себе (але не обмежуються ними): розрив аневризми аорти, важка політравма, внутрішньочерепний крововилив, гостра ішемія кишечника при супутній вираженій кардіальній патології або поліорганній недостатності
ASA VI	Констатована смерть мозку, органи видаляються для донорських цілей	

Додавання літери «Е» позначає невідкладність хірургічного втручання. Надзвичайна ситуація визначається як існуюча, коли затримка в лікуванні пацієнта призведе до значного збільшення загрози для його життя. Наприклад: ASA I E, II E, III E або IV E. Клас ASA V, як правило, завжди ASA V E. Клас ASA VI E не існує.

Додаток 2

SOFA (Sepsis-related Organ failure Assessment) – шкала оцінки органних порушень

Оцінка за системами		Бали				
		0	1	2	3	4
Дихальна недостатність	$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$	>400	<400	<300	<200	<100
Порушення коагуляції	Тромбоцити, $\times 10^9/\text{л}$	>150	<150	<100	<50	<20
Печінкова недостатність	Білірубін, мкмоль/л	<20	20-32	33-101	102-204	>204

Оцінка за системами		Бали				
		0	1	2	3	4
Серцево-судинна недостатність	CAT, мм рт.ст. Інотропна підтримка	>70	<70, без інотропної підтримки	Допамін <5 мкг/кг/хв, або добута-мін	Допамін >5 мкг/кг/хв., або адреналін <0,1 мкг/кг/хв	Допамін >15 мкг/кг/хв, або адреналін >0,1 мкг/кг/хв
Церебральна недостатність	GCS, бали	15	13-14	10-12	6-9	<6
Ниркова недостатність	Креатинін, мкмоль/л, або діурез	<110	110-170	171-299	300-440, та/або діурез за добу <500 мл	>440, та/або діурез за добу <200 мл

Додаток 3

MPI (Mannheim Peritonitis Index) – індекс оцінки тяжкості перитоніту

Фактори ризику	Бали
Вік >50 років	5
Жіноча стать	5
Недостатність органів*	7
Злоякісні захворювання	4
Передопераційна тривалість перитоніту >24 годин	4
Причина сепсису – не товста кишка	4
Дифузний генералізований перитоніт	6
Екссудат	
чистий	0
каламутний, гнійний	6
фекальний	12

***Визначення органної недостатності.** *Нирка:* креатинін >177 мкмоль/л, сечовина >16,7 мкмоль/л, олігоурія <20 мл/год. *Легені:* pO_2 <50 мм рт.ст., pCO_2 >50 мм рт.ст. *Шок:* гіподинамічний або гіпердинамічний. *Обтураційна кишкова непрохідність (тільки якщо повна):* паралітична кишкова непрохідність >24 годин або повний механічний ілеус.

Мета хірургічного втручання при перитоніті:

1. Ліквідація джерела перитоніту.
2. Евакуація патологічного екссудату, санація і дренування черевної порожнини.
3. Контроль джерела (при абдомінальному сепсисі), контроль ушкодження (при травмі).
4. Декомпресія кишечника при парезі.
5. Завершення первинної операції.
6. Визначення подальшої тактики в післяопераційному періоді.

При визначенні обсягу втручання необхідно пам'ятати, що головною метою лікування в екстреній хірургії є порятунок життя хворого, і порівнювати передбачуваний обсяг операції з функціональними можливостями пацієнта.

Радикальне усунення джерела перитоніту передбачає: видалення запаленого органу (апендектомія, холецистектомія), герметичне ушивання перфорацій і свіжих наскрізних поранень порожнистих органів, резекцію органа (при виразці, пухлині, травмах або порушеннях мезентеріального кровообігу), виконання операції Гартмана, формування колостоми для виключення з пасажу уражених ділянок товстої кишки.

При відсутності умов для радикальної ліквідації джерела інфікування можлива його локалізація (відмежування тампонами в черевній порожнині), екстраабдоміналізація органу, етапне лікування (при абдомінальному сепсисі, септичному шоці).

Формування первинного анастомозу в умовах запалення очеревини супроводжується високим ризиком неспроможності. Однак як вимушений захід застосовується при резекції тонкої кишки поблизу зв'язки Трейтца, міжкишковий анастомоз формується за типом «бік у бік», діаметр його повинен бути більше діаметра кишки. При правобічній геміколектомії питання про формування первинного ілеотрансверзоанастомозу вирішується індивідуально. При резекції лівої половини товстої кишки рекомендується формування одностовбурової колостоми. Використовуються можливі способи захисту анастомозу: декомпресія анастомозу шляхом дренажу кишкового тракту, різні способи герметизації лінії шва, У-подібні анастомози, екстериоризація анастомозу, відстрочений анастомоз.

Етапи операції при перитоніті

- Доступ – лапаротомія з адекватною експозицією або лапароскопія з діагностичною чи лікувальною метою (при наявності обладнання та підготовлених фахівців).
- Взяття ексудату на бактеріологічний посів.
- Евакуація ексудату електровідсмоктувачем.
- Ретельна послідовна ревізія черевної порожнини.
- Встановлення, ліквідація або локалізація джерела перитоніту.
- Корекція анатомічних порушень або пошкоджень.
- Контроль джерела перитоніту або контроль ушкодження (при травмі).
- Санація черевної порожнини до чистої води шляхом багаторазового промивання фізіологічним розчином, розчинами антисептиків, підігрітих до 36.0 °C – по 1-1,5 л на кожне промивання, використовується до 5-10 л.
- Декомпресія шлунково-кишкового тракту при вираженому парезі й розширенні кишкових петель більше 4-5 см шляхом назоінтестинальної інтубації на усій протяжності тонкої кишки або дренажу початкового відділу тонкої кишки – 50-70 см від зв'язки Трейтца (необхідно перекопатися в дренажуванні шлунка, щоб уникнути регургітації (1-2 отвори зонда повинні знаходитися в шлунку)).
- Дренажування черевної порожнини з раціональним розміщенням дренажів у передбачуваних місцях скупчення ексудату (при поширеному перитоніті – у піддіафрагмальній, підпечінковій ділянці, лівому бічному каналі, малому тазі).
- Завершення операції з вибором подальшої тактики ведення хворого.

Варіанти завершення операції

- Адекватне оперативне втручання з повним усуненням джерела може бути завершене раціональним дренажуванням і ушиванням черевної порожнини. При появі перших ознак прогресування перитоніту або внутрішньочеревних ускладнень, які потребують хірургічної корекції – релапаротомія «на вимогу» (Рекомендація 1А).
- Релапаротомія «програмна» або етапна санація черевної порожнини через 24-48 годин після первинної операції (рішення про призначення «програмно» релапаротомії має бути включене до протоколу операції).

Показання до релапаротомії «на вимогу»

- Прогресування перитоніту (неусунення первинного джерела, поява нового джерела, недіагностоване джерело).
 - Ускладнення основного захворювання, яке потребує хірургічної корекції (абсцес, флегмона, кровотеча в черевну порожнину або шлунково-кишковий тракт, рання спайкова кишка непрохідність).
- Виникнення або ускладнення в післяопераційному періоді конкуруючого захворювання, що вимагає хірургічного втручання (кровотеча з гастродуоденальних виразок, деструктивний панкреатит, перфорація гострих і стрес-виразок, гостре порушення мезентеріального кровообігу).

- Ускладнення, пов'язані з порушенням техніки хірургічного втручання, маніпуляції (ятрогенні пошкодження, неспроможність шлунково-кишкового анастомозу, неспроможність кукси або кровотеча внаслідок зісковзування лігатури, кліпси, чужорідні тіла черевної порожнини).

Показання до «програмної» релапаротомії:

- Поширений фібринозно-гнійний або каловий перитоніт.
- Ознаки анаеробного інфікування черевної порожнини.
- Основне захворювання (його ускладнення), що не дозволяє одночасно ліквідувати або локалізувати джерело перитоніту.
- Супутнє захворювання або стан, що не дозволяє виконати адекватний обсяг операції.
- Синдром інтраабдомінальної гіпертензії.
- Стан лапаротомної рани, що не дозволяє захити черевну порожнину.

При виконанні етапних санацій рекомендується:

- Тимчасове закриття черевної порожнини – шви тільки через шкіру за 3 см від краю рани і за 3-4 см один від одного, для збереження апоневрозу.
- Після кожної санації шви накладати в нових місцях.
- При розвитку компартмент-синдрому (внутрішньоміхуровий тиск > 30 мм рт.ст.) – проводити шви тільки через шкіру.
- Після завершення етапного лікування країв рани ушивають пошарово: чергування вузлових і 8-подібних швів апоневрозу + рідкі шви на шкіру за Донаті, або ушивання тільки шкіри. Пластика киля через 7-12 міс.
- При анаеробній інфекції, неможливості зведення країв рани (флегмона передньої черевної стінки, компартмент-синдром) – відкрите ведення, для попередження евентрації використовувати бандаж, петлі кишечника вкривати плівкою, вакуум-терапія.

Критерії закінчення режиму програмованих санацій:

- Гарантована ліквідація або локалізація джерела перитоніту.
- Відсутність вогнищ некрозу і гнійних вогнищ, які неможливо видалити.
- Серозний ексудат.
- Наявність перистальтики тонкої кишки.
- Відсутність поширеного гнійно-некротичного ураження операційної рани або передньої черевної стінки, що виключає можливість одночасної хірургічної корекції.
- Нормалізація стану хворого.

Розділ 4.
**ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ УНІФІКАЦІЇ
ТА СТАНДАРТИЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ПРИ ГОСТРИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

4.1. Уніфіковані рекомендації та професійно орієнтовані алгоритми антимікробної профілактики ранової інфекції в невідкладній хірургії

Положення протоколу

1. Післяопераційні інфекційні ранові ускладнення погіршують результат хірургічного лікування, збільшують ризик смерті хворого, тривалість та вартість стаціонарного лікування.
2. Для попередження ранової інфекції застосовуються антибіотики з метою:
 - а) забезпечення ефективної концентрації антибіотика в зоні операції під час її мікробного забруднення і підтримання бактерицидного рівня препарату протягом усієї операції та перші 3-4 години після неї (цей відрізок часу є вирішальним для розмноження та адгезії мікробної флори на клітинах хазяїна, які потрапили до рани і слугують пусковим механізмом для початку інфекційно-запального процесу в рані);
 - б) антибіотикопрофілактика, яка починається після закінчення цього періоду, є спізнілою, а її продовження після операції, в більшості випадків, зайвою, оскільки профілактична роль антибіотика полягає в зменшенні концентрації бактерій у рані та перешкодженні адгезії збудника.
3. Принципи антибіотикопрофілактики:
 - а) у більшості випадків для профілактики післяопераційної інфекції достатньо **однієї дози антибіотика**;
 - б) при операціях тривалістю три години і більше вводиться друга доза, або проводять дуже короткий курс антибіотикопрофілактики, обмежений двома-трьома дозами препарату.

N.B.! Профілактичне застосування антибіотиків задовго до операції або пізніше 48 годин після операції веде до порушення біоценозу ШКТ і колонізації верхніх його відділів флорою товстої кишки з можливим розвитком ендогенної інфекції шляхом бактеріальної транслокації патогенів через лімфатичну систему тонкої кишки.

N.B.! Тривале застосування антибіотиків сприяє розвитку суперінфекції за рахунок селекції антибіотикорезистентних штамів.

N.B.! Антибіотикопрофілактика вважається неефективною, якщо в ділянці операційного доступу виникло ускладнення або з'явилася необхідність дренивання рани, або якщо протягом 4-тижневого періоду після первинного втручання знадобилося застосувати антимікробний препарат для лікування ускладнення з боку операційної рани.

Обґрунтування протоколу:

1. **Визначення: антибіотикопрофілактика** – короткий курс застосування антибіотиків до операції, під час неї або короткостроково в післяопераційному періоді.
2. **Мета антибіотикопрофілактики: попередження** розвитку гнійно-запальних **ранових ускладнень**, що виникають внаслідок операції, інших інвазивних втручань або мають прямий зв'язок з ними, шляхом створення бактерицидних концентрацій антибіотика в тканинах, які піддаються бактеріальній контамінації під час операції – від початку наркозу до закриття рани.
3. **Показання до доопераційного призначення антибіотиків:**
 - припущення хірурга щодо можливості зустрітися з інфекцією в процесі операції (перфорація органу, проникаючі поранення, відкриті переломи);
 - загроза виникнення ранових ускладнень при невідкладних операціях («чисті» операції, пов'язані з імплантацією сітчастих протезів, коли нечисленні та малопатогенні мікроорганізми можуть проникнути в рану та спричинити її запалення).
4. **Факторами ризику післяопераційних ранових інфекційних ускладнень є:**
Фактори, пов'язані з хворим:
 - вік понад 70 років;
 - нутритивний статус пацієнта (гіпотрофія, синдром мальабсорбції, ожиріння);
 - супутні інфекційні захворювання;
 - імунні порушення (онкологічний процес, променева терапія), лікування кортикостероїдами та імуносупресорами, парентеральне харчування;
 - алкоголізм і наркоманія (в т.ч. вживання нікотину);

- супутні хронічні захворювання (діабет, хронічний запальний процес, хронічна ниркова або печінкова недостатність, недостатність кровообігу);
- хронічні неспецифічні захворювання легень.

Передопераційні фактори:

- тривалість перебування хворого в стаціонарі до операції;
- недосконала підготовка операційного поля (травматичне, раннє видалення волосся в ділянці операції);
- обробка шкіри спиртом і хлорвмісними антисептиками;
- антибіотикотерапія за три та менше місяці до операції.

Інтраопераційні фактори:

- клас чистоти оперативного втручання, що планується;
- тривалість втручання;
- ступінь ушкодження тканин;
- надлишкове застосування електрокоагуляції;
- недостатній гемостаз;
- імплантація сторонніх матеріалів (лігатури, протези);
- порушення стерильності обладнання та інструментів;
- тип післяопераційної пов'язки;
- вид дренування рани;
- порушення гемодинаміки та газообміну під час операції;
- низький рівень кваліфікації хірурга.

3. Характеристика оперативних втручань при невідкладних хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини.

- Клас 1.** «Чисті» операції – планові операції, які не стосуються ротоглотки, дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту або сечостатевої системи.
- Клас 2.** «Умовно чисті» операції – ургентні операції, які входять у групу «чисті», тупі травми без розриву порожнистих органів.
- Клас 3.** «Забруднені» (контаміновані) операції – оперативні втручання на жовчних та сечостатевих шляхах при наявності інфекції, на шлунково-кишковому тракті при високому ступені його контамінації, операції при порушенні асептики або при наявності запального, але не гнійного процесу, операції при травматичних ушкодженнях, проникаючих пораненнях, які оброблені до 4 годин після травми.
- Клас 4.** «Брудні» (або інфіковані) операції – оперативні втручання на інфікованих органах і тканинах при наявності супутньої або попередньої інфекції, перфорації шлунково-кишкового тракту, уро-прокто-гінекологічні операції, проникаючі поранення та травматичні рани, оброблені після 4 годин з часу травми, операції при гнійному запаленні тканин і органів.

Необхідні дії лікаря

1. Лікар при плануванні операції повинен визначитись із наявністю у хворого факторів ризику післяопераційних ранових інфекційних ускладнень, класом чистоти операції, що планується, у передопераційному епікризі обґрунтувати необхідність призначення профілактичного застосування антибіотика, визначитись з його видом та алгоритмом застосування і проконтролювати його введення.
2. При наданні невідкладної хірургічної допомоги відповідна доза антибіотика вводиться внутрішньовенно безпосередньо перед операцією за 10-15 хв. до її початку або після введеного наркозу.
3. Вибір препарату для антибіотикопрофілактики:
 - за спектром активності: препарат повинен бути активним по відношенню до можливих збудників ранових інфекційних ускладнень (антимікробний спектр і передбачувана чутливість);
 - доза антибіотика: для проведення профілактичних заходів відповідає терапевтичній дозі;
 - препарат вибору: з точки зору ефективності та безпеки найбільш доступними для запобігання інфекції в хірургії ран є цефалоспорины I-II поколінь (цефазолін, цефуроксим) та інгібіторзахищені амінопеніциліни (амоксацилін клавуланат, ампіцилін сульбактам).

4.2. Професійно орієнтовані алгоритми з антимікробної терапії інфекції в невідкладній абдомінальній хірургії

Положення протоколу

Антибактеріальна терапія є суттєвою складовою лікування в невідкладній хірургії. У той же час, важливим є раціональне використання антибіотиків, тому що необґрунтоване їх застосування призводить до розповсюдження в умовах відділення антибіотикорезистентних форм мікроорганізмів та до відсутності ефекту лікування.

Обґрунтування протоколу

1. Визначення: антибактеріальна терапія хірургічної інфекції – лікування запальних захворювань лікарськими препаратами, цілеспрямовано діючими на мікроорганізми, які спричинили це захворювання або ускладнення.

2. Класифікація абдомінальної хірургічної інфекції:

А) Неускладнена хірургічна інфекція – відсутність ознак перитоніту та системної запальної реакції.

Б) Ускладнена хірургічна інфекція – характеризується поширенням інфекційного процесу за межі ділянки його виникнення, що викликає розвиток перитоніту або формування абсцесів черевної порожнини.

3. Принципи антимікробної терапії хірургічної інфекції:

- є обов'язковою складовою частиною комплексної терапії інтраабдомінальної інфекції та лише доповнює хірургічне втручання, а не заміняє його;
- спрямована на попередження поширення інфекції за межі первинного вогнища після операції;
- є основним методом лікування позачеревних нозокоміальних інфекцій (пневмонія, трахеобронхіт, уроінфекція) при умовах усунення причин їх розвитку;
- має специфічну дію проти основних збудників хірургічної інфекції, у зв'язку з чим результат залежить від фармакодинамічних характеристик антибіотика;
- терапія антибіотиками повинна проводитись з урахуванням потенційних токсичних ефектів препарату, тяжкості основної та супутньої патології;
- при призначенні антибіотиків потрібно брати до уваги також питання витрат на лікування, тому що вирішальну роль для його результатів має адекватна емпірична терапія.

4. Стратегія антимікробної терапії хірургічної інфекції:

А) Перший етап – максимально ранній початок лікування найбільш ефективним антибіотиком або їх комбінацією, залежно від тяжкості стану хворого, локалізації інфекції та імовірного збудника.

Б) Другий етап починається після отримання результатів бактеріологічного дослідження.

5. Емпірична антимікробна терапія хірургічної інфекції базується на:

- конкретній клінічній ситуації з урахуванням етіології, даних попередньої госпіталізації та антибіотикотерапії, локалізації та тривалості патологічного процесу;
- інтраопераційних знахідках, в тому числі й на властивостях перитонеального ексудату;
- наявності у хворого факторів ризику та супутніх захворювань, оцінці поліорганної недостатності;
- мікробіологічному пейзажі хірургічного відділення та клініки;
- відомостях про резистентність збудників до антибіотиків.

6. Класифікація антимікробних препаратів, що застосовуються в хірургії:

А) Пеніциліни амінозахиснені:

- амоксицилін клавуланат (Амоксиклав, Аугментин) в/в по 1,2-1,8 г при легкій, 2,2-2,6 г при тяжкій інфекції кожні 8 годин;
- амоксицилін сульбактам (Трифамокс ІБЛ) в/в, в/м по 1,0 – при тяжкій інфекції кожні 6-8 годин;
- ампіцилін сульбактам (Сулацилін, Уназин, Амписид) в/в, в/м по 1,5 г при легкій, 3,0 г при тяжкій інфекції кожні 6 годин;
- піперацилін тазобактам (Тазоцин) в/в по 2,5 г при легкій, 4,5 г – при тяжкій інфекції кожні 6-8 годин;
- тикарцилін клавуланат (Тиментин) в/в по 3,2 г при легкій, 6,2 г – при тяжкій інфекції кожні 6-8 годин.

Б) Цефалоспорины:

а) Першого покоління:

- цефазолін (Кефзол, Рефлін, Тотацеф, Цефазолін) в/в, в/м по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;

б) Другого покоління:

- цефуросксим (Зинацеф, Цефуросксим натрію, Аксетин, Цефоктам, Кімацеф) в/в, в/м по 0,75 г – при легкій, 1,5-3,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8 годин;

в) Третього покоління:

- цефотаксим (Клафоран, Цефотаксим, Фагоцеф, Цефотаксим натрієва сіль) в/в, в/м по 1,0-2,0 г при легкій, 3,0-4,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;
- цефоперазон (Цефобід, Гепацеф, Медоцеф, Церазон) в/в, в/м по 1,0-2,0 г при легкій, 3,0-4,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;
- цефтриаксон (Лендацин, Офрамакс, Роцефін, Цефтриаксону натрієва сіль) в/в, в/м по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 12 годин;
- цефтазидим (Тазицеф, Фортум, Цефазид, Біотум, Цефтазидим) в/в, в/м по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;
- цефоперазон/сульбактам (Сульперазон, Сульперацеф, Цефосульбін) в/в, в/м по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;

г) Четвертого покоління:

- цефепім (Максипім, Максикеф) в/в по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 12 годин;

д) П'ятого покоління:

- цефобід по 1,0 г при легкій, 2,0 г – при тяжкій інфекції кожні 12 год.

В) Карбапенеми:

- іміпенем/циластин (Синерпен, Тіснам) в/в, в/м по 0,5 г – при легкій, 1,0 г – при тяжкій інфекції кожні 6-8 годин;
- меропенем (Аріс, Меронем) в/в по 0,5 г при легкій, 1,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8 годин;
- дорипенем (Дорібакс) в/в по 0,5 г при легкій, 1,0 г – при тяжкій інфекції кожні 8 годин;
- ертапенем (Інванз) в/в по 1,0 г 1 раз на добу.

Г) Аміноглікозиди:

а) Другого покоління:

- гентаміцин (Гентаміцин) в/в, в/м по 80 мг при легкій або тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;
- нетилміцин (Нетроміцин) в/в, в/м по 0,5 г при легкій або тяжкій інфекції кожні 8-12 годин;
- тобраміцин (Тобраміцин) в/в, в/м по 0,24 г при легкій або тяжкій інфекції кожні 8 годин.

б) Третього покоління:

- амікацин (Амікацин, Амікін, Аміцил, Флекселіт) в/в, в/м по 0,5 г – при легкій або тяжкій інфекції кожні 12-8 годин, також можливе введення 15 мг/кг 1 раз на добу.

Д) Хінолони/фторхінолони:

а) Другого покоління:

- офлоксацин (Глауфос, Заноцин, Офлоксацин) в/в, внутрішньо по 0,2 г при легкій, 0,4 г – при тяжкій інфекції кожні 12 годин;
- пефлоксацин (Абактал, Пефлоксацин, Пефлоцин) в/в, внутрішньо по 0,4 г при легкій, 0,8 г – при тяжкій інфекції кожні 12 годин;
- ципрофлоксацин (Цифран ОД, Ципринол, Ципролет) в/в по 0,1-0,2 г при легкій, 0,4-0,6 г – при тяжкій інфекції кожні 12 годин;

б) Третього покоління:

- левофлоксацин 500 мг в/в кожні 12 годин або 750 мг в/в 1 раз на добу;

в) Четвертого покоління:

- моксифлоксацин по 400 мг в/в 1 раз на добу.

Е) Оксазолідинони

- лінезолід (Лінезолід-Тева, Зівокс) в/в по 0,6 г – тільки при тяжкій інфекції кожні 12 годин.

Є) Лінкозаміни:

- кліндаміцин (Кліндаміцин, Далацин) в/в, в/м по 0,6 г при легкій, 0,9 г – при тяжкій інфекції кожні 6-8 годин;

- лінкоміцин (Лінкоміцину гідрохлорид) в/в по 0,3-0,6 г при легкій, 0,6 г – при тяжкій інфекції кожні 8-6 годин.

Ж) Глікопептиди:

- ванкоміцин (Ванкоміцин-Тева, Ванкоцин, Едицин) в/в по 1,0 г тільки при тяжкій інфекції кожні 12 годин.

З) Нітроїмідазоли:

- метронідазол (Метронідазол, Флагіл, Ефлоран, Метрогіл, Кліон) в/в по 0,5 г при легкій, 10 мг/кг – при тяжкій інфекції кожні 8 годин.

І) Комбіновані протимікробні препарати:

- орнідазол + левофлоксацин (Грандазол) в/в 1,5 г 1 раз на добу.

Необхідні дії лікаря

1. Лікар повинен визначити алгоритм емпіричного застосування обраного антибіотику та проконтролювати його введення.
2. При наданні невідкладної хірургічної допомоги відповідна доза антибіотику вводиться внутрішньовеноно безпосередньо перед операцією за 10-15 хв. до початку або після введеного наркозу.
3. Емпірична протимікробна терапія інтраабдомінальної хірургічної інфекції.

Захворювання	Патогенні мікроорганізми	Препарати першого ряду	Альтернативні препарати
Абсцес печінки	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Bacteroides spp.</i>	Ампіцилін + гентаміцин + метронідазол	1. Цефалоспорины III-IV покоління + метронідазол 2. Фторхінолон + метронідазол 3. Карбапенеми I групи (ертапенем)
Апендицит деструктивний	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>E. faecalis</i> , <i>Bacteroides spp.</i> , анаероби	Цефалоспорин II-III покоління + метронідазол	1. Ампіцилін + гентаміцин + метронідазол 2. Амоксицилін/клавуланат + метронідазол
Перитоніт	Полімікробна флора: <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>P.aeruginosa</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , анаероби	Аміноглікозид + лінкоміцин або кліндаміцин	1. Амоксицилін/клавуланат + аміноглікозид 2. Фторхінолон + метронідазол 3. Цефалоспорин III-IV покоління + метронідазол 4. Карбапенеми 5. Тикарцилін/клавуланат або піперацилін/тазобактам
Інфіковані форми панкреонекрозу та панкреатогенний перитоніт	Полімікробна флора	1. Карбапенеми 2. Цефепім + метронідазол	1. Фторхінолони + метронідазол 2. Тикарцилін/клавуланат
Післяопераційний перитоніт	Полімікробна флора	1. Карбапенеми 2. Цефепім + метронідазол 3. Піперацилін/тазобактам + аміноглікозид 4. Тикарцилін/клавуланат + метронідазол	
Післяопераційна ранова інфекція	<i>S.viridans</i> , <i>S.aureus</i> *, <i>Enterobacteriaceae</i> , <i>P.aeruginosa</i> , Анаероби	Цефалоспорин III покоління + аміноглікозид	1. Цефепім + метронідазол 2. Фторхінолон + метронідазол 3. Карбапенеми

Захворювання	Патогенні мікроорганізми	Препарати першого ряду	Альтернативні препарати
Пневмонія (у дорослих): А) хірургічні відділення загально-го профілю	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>S.aureus</i> *, <i>Pseudomonas spp.</i>	Цефотаксим або цефтриаксон	1. Амоксицилін/клавуланат + аміноглікозид 2. Цефуроксим + аміноглікозид 3. Фторхінолон 4. Тикарцилін/клавуланат + аміноглікозид 5. Карбапенем
Б) відділення інтенсивної терапії	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>S.aureus</i> *, <i>Pseudomonas spp.</i> , <i>P.aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter spp.</i>	Цефтазидим + амікацин	1. Ципрофлоксацин або офлоксацин 2. Цефепім 3. Цефоперазон + аміноглікозид 4. Тикарцилін/клавуланат або піперацилін/тазобактам + аміноглікозид 5. Карбапенеми II групи (меропенем, іміпенем/циластатин, доріпенем)
Сепсис А) З невідомим первинним вогнищем			
- загальнохірургічні відділення	Різні грампозитивні та грамнегативні мікроорганізми	Цефалоспорин III покоління + аміноглікозид	1. Цефалоспорин II покоління + аміноглікозид 2. Фторхінолон 3. Оксацилін + аміноглікозид 4. Ванкоміцин + цефалоспорин III покоління 5. Іміпенем або меропенем 6. Цефепім 7. Тикарцилін/клавуланат або піперацилін/тазобактам
- відділення інтенсивної терапії	Різні грампозитивні та грамнегативні мікроорганізми + <i>P.aeruginosa</i>	Цефтазидим + амікацин	1. Ципрофлоксацин 2. Цефепім 3. Цефалоспорин III покоління + амікацин 4. Тикарцилін/клавуланат + аміноглікозид 5. Іміпенем або меропенем
Сепсис Б) З відомим первинним вогнищем			
Внутрішньо-черевний	<i>Enterobacteriaceae</i> , <i>Enterococcus spp.</i> , <i>Анаероби</i>	Цефалоспорин III покоління + кліндаміцин або фторхінолон + метронідазол	1. Іміпенем або меропенем 2. Тикарцилін/клавуланат або піперацилін/тазобактам + аміноглікозид 3. Цефепім 4. Амоксицилін/клавуланат + аміноглікозид
При внутрішньовенному катетері	<i>S.aureus</i> , <i>S.epidermidis</i>	Ванкоміцин	1. Оксацилін + аміноглікозид 2. Цефалоспорин I-II покоління + аміноглікозид 3. Ципрофлоксацин + рифампіцин

Захворювання	Патогенні мікроорганізми	Препарати першого ряду	Альтернативні препарати
Холецистит/ холангіт		1. Цефоперазон + метронідазол 2. Цефтриаксон + метронідазол	1. Фторхінолон + метронідазол 2. Цефалоспорин II покоління + кліндаміцин (лінкоміцин) 3. Амоксицилін/клавуланат + аміноглікозид 4. Тикарцилін/клавуланат або піперацилін/тазобактам 5. Карбапенеми

* При високій ймовірності виділення штамів MRSA (метицилін-резистентного золотистого стафілококу) до терапії слід додати антибактеріальний препарат, активний по відношенню до резистентних грампозитивних патогенів (ванкомицин, лінезолід, тайгециклін).

4. При призначенні емпіричної антибіотикотерапії карбапенемами слід брати до уваги, що карбапенеми I групи (ертапенем/Інванз) не активні по відношенню до неферментуючих грамнегативних мікроорганізмів (*Acinetobacter spp.*, *P. aeruginosa*)!
5. В ході оперативного втручання або при наявності патологічних виділень виконується бактеріологічне дослідження з визначенням мікробного пейзажу та чутливості мікробної флори до антибіотиків.
6. Після отримання результатів бактеріологічного дослідження переходять до застосування антибіотиків залежно від чутливості мікрофлори.

Селективна деконтамінація шлунково-кишкового тракту при хірургічній інфекції

Селективна деконтамінація (СДК) у сполученні з системною антибіотикотерапією повинна проводитись у всіх випадках післяопераційного та панкреатогенного перитоніту, інфекційних ускладнень панкреонекрозу, непрохідності кишківника різної етіології та при інших видах інтраабдомінальних або внутрішньочеревних інфекційних ускладнень з клінічною тяжкою сепсису або поліорганної недостатності.

Препарати для СДК – флуконазол або амфотерицин В.

4.3. Професійно орієнтовані алгоритми з профілактики тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок та тромбоемболічних ускладнень (венозного тромбоемболізму) в невідкладній абдомінальній хірургії

Основні положення протоколу на рівні відділень стаціонару

Профілактику тромбоемболічних ускладнень необхідно проводити у пацієнтів групи ризику щодо їх розвитку (вікові групи, тромбоемболічні ускладнення в анамнезі, наявність серцево-судинної та венозної патології тощо). Для оцінки ризику ВТЕ у пацієнтів хірургічного профілю застосовують шкалу Caprini.

Шкала Caprini

(Шкала оцінки ризику тромбозу тромбоемболічних ускладнень)

1 бал	2 бали
- Вік – 40-60 років - Набряки нижніх кінцівок - Варикозне розширення вен - Індекс маси тіла – понад 25 кг/м² - Мале хірургічне втручання - Сепсис (давністю до 1 міс.) - Гостре захворювання легень (давністю до 1 міс.) - Прийом пероральних контрацептивів, гормональна терапія - Вагітність та післяродовий період (до 1 міс.) - В анамнезі – нез'ясовані мертвонародження, викидні (>3), передчасні пологи з токсикозом або із затримкою внутрішньоутробного розвитку - Гострий інфаркт міокарда - Хронічна серцева недостатність (давністю до 1 міс.) - Ліжковий режим у нехірургічного хворого - Запальні захворювання ободової кишки в анамнезі - Велике хірургічне втручання давністю до 1 міс. в анамнезі - Хронічне обструктивне захворювання легень	- Вік – 61-74 років - Артроскопічна хірургія - Злоякісне новоутворення - Лапароскопічна операція (тривалістю більше 45 хв.) - Ліжковий режим – більше 72 год. - Імобілізація кінцівки (давністю до 1 міс.) - Катетеризація центральних вен - Велике хірургічне втручання (> 45 хв.)
3 бали	
- Вік понад 75 років - В анамнезі – перенесене тромбоемболічне ускладнення - Сімейний тромбоемболічний анамнез - Мутація типу Лейдена - Мутація протромбіну 20210A - Гіпергомоцистемія - Гепарин-індукована тромбоцитопенія - Підвищений рівень антитіл до кардіоліпіну - Вовчаковий антикоагулянт	
5 балів	
- Перенесений інсульт протягом 1 міс. - Множинні травми протягом 1 міс. - Ендопротезування великих суглобів - Перелом кісток стегна та гомілки протягом 1 міс. - Травма спинного мозку протягом 1 міс.	

4. Стратифікація ризику розвитку венозного тромбозу:

- Низький ризик: 0-1 бал.
- Помірний ризик: 2 бали.
- Високий ризик: 3-4 бали.
- Дуже високий ризик: 5 та більше балів.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень в хірургії

1. Визначення: венозний тромбоемболізм поєднує в собі тромбоз глибоких вен (ТГВ) та легеневий емболізм, що розвиваються внаслідок закупорки відповідної судини тромбом або емболом, який відірвався від основного джерела та мігрує з током крові (ESA Guidelines, 2017).

2. Фактори ризику тромбозів вен нижніх кінцівок.

А) Екзогенні (набуті) фактори ризику тромбоемболічних ускладнень:

- вік понад 40 років;
- ТГВ/ТЕЛА в анамнезі;
- характер та тривалість хірургічного втручання;
- вид анестезії;
- ожиріння;
- зневоднення;
- злоякісні новоутворення;
- нерухомий стан пацієнта (інсульт та його наслідки, травма спинного мозку, переломи проксимального відділу стегна, паралічі);

- інфекція або сепсис;
- варикозне розширення вен;
- замісна гормонотерапія (у тому числі оральна контрацепція);
- вагітність та післяпологовий період;
- протези зі штучних тканин;
- цукровий діабет;
- гострі та хронічні захворювання серцево-судинної та легеневої систем;
- трансфузія крові та застосування препаратів, що стимулюють еритропоєз.

Б) Ендогенні (генетичні) фактори ризику тромбоемболічних ускладнень:

- дефіцит антитромбіну;
- дефіцит протеїну С;
- дефіцит протеїну S;
- вроджена гіперфібриногенемія;
- мутація фактора V (Leiden);
- гіпергомоцистеїнемія;
- антитіла до кардіоліпіну;
- дефіцит протеїну XII;
- мутація протромбіну 20210A;
- підвищення активності інгібітора активатора плазміногену.

3. Профілактика тромбозу вен нижніх кінцівок:

- визначення категорії ризику виникнення тромбозу;
- запобігання тромбозу у кожного хворого відповідно до категорії ризику;
- продовження профілактики тромбозу, як мінімум, до виписки хворого зі стаціонару (але не менше 7-10 діб).

4. Принципи профілактики післяопераційного венозного тромбозу.

А) Неспецифічні заходи профілактики тромбозу:

- рання активізація хворих та заходи фізичного впливу (лікувальна фізкультура, пасивна флексія стоп, масаж);
- еластична компресія нижніх кінцівок, переміжна пневмокомпресія;
- своєчасна корекція волюмії, нормалізація гемодинаміки.

Б) Специфічні заходи профілактики тромбозу:

- застосування лікарських препаратів, що впливають на коагуляційні властивості крові;
- застосування лікарських препаратів, що впливають на реологічні властивості крові.

5. Профілактика тромбозу залежно від групи ризику:

А) Низький ризик – рання активізація, еластична/переміжна пневматична компресія нижніх кінцівок.

Б) Помірний ризик – рання активізація, еластична/переміжна пневматична компресія, профілактична терапія антикоагулянтами.

В) Високий ризик – рання активізація, еластична компресія, профілактична терапія прямими антикоагулянтами в підвищених дозах з переходом на непрямі антикоагулянти, корекція реологічних властивостей крові.

6. Антикоагулянти у профілактиці тромбозів глибоких вен:

Нефракціонований гепарин активує антитромбін III, що знижує утворення тромбіну і перешкоджає перетворенню фібриногену у фібрин. Ефективність нижча, а ускладнень більше у порівнянні з НМГ. Потрібен регулярний контроль коагулограми, зокрема АЧТЧ.

Низькомолекулярні гепарини (НМГ) мають високу активність проти фактору Ха і низьку активність проти тромбіну. Не призводять до істотного збільшення часу згортання крові, не впливають на агрегацію тромбоцитів або на зв'язування фібриногену тромбоцитами (згідно з рекомендаціями ESA-2017, при проведенні тромбoproфілактики у хворих хірургічного профілю перевагу слід надавати НМГ порівняно із НФГ).

А) Види низькомолекулярних гепаринів:

	1 покоління НМГ		2 покоління НМГ	
	Дальтепарин (фрагмін)	Еноксапарин (клексан, фленокс)	Надропарин (фраксипарин)	Беміпарин (цибор)
Середня молекулярна маса (дальтон)	6000	4500	4300	3600
Період напіввиведення (години)	2,3-2,8	4,0-4,4	3,7	5,2-5,4
Співвідношення Ха/ІІа факторної активності	1,9-3,2	3,3-5,3	2,5-4,3	8,0:1

В) Методика тромбoproфілактики.

Усі антикоагулянти вводять у підшкірну клітковину передньої черевної стінки зліва між пупком та здухвинною кісткою у безсудинній ділянці, протягом щонайменше 7-10 діб після операції.

Назва препарату	Особливості використання	Старт
Гепарин	По 5000 МО 2 рази на добу у хворих помірного ризику По 5000 МО 4 рази на добу у хворих високого ризику	За 2 години до операції
Надропарин натрію (фраксипарин)	По 0,3 мл 1 раз на добу незалежно від категорії ризику	За 2 години до операції
Еноксапарин натрію (клексан, фленокс)	По 0,2 мл 1 раз на добу у хворих помірного ризику По 0,4 мл 1 раз на добу у хворих високого ризику	За 2-4 години до операції
Беміпарин натрію (цибор)	По 2500 МО 1 раз на добу у хворих помірного ризику По 3500 МО 1 раз на добу у хворих високого ризику	За 2-4 години до операції, або не раніше ніж через 6-8 годин після операції

4.4. Професійно орієнтовані алгоритми клінічної діагностики та принципів корекції гіповолемії у невідкладній абдомінальній хірургії

Положення протоколу

Тяжкі форми невідкладних хірургічних захворювань та їх ускладнення призводять до невідновлюваних та занадто великих втрат рідини. Це суттєво змінює функціонування організму хворого, викликає зміни водних секторів із секвестрацією рідини у позаклітинний сектор внаслідок підвищення проникності капілярів. Такі стани ставлять перед лікарями завдання по корекції змін, які виникли в організмі хворого, як на догоспітальному етапі, так і в процесі подальшого надання медичної допомоги.

Обґрунтування протоколу

1. **Визначення.** Гіповолемія – це зменшення загального об'єму циркулюючої крові (ОЦК) внаслідок зниження її плазматичного об'єму (за винятком крововтрати), що порушує доставку та екстракцію кисню тканинами організму та формує синдром гострої поліорганної дисфункції.

2. **Причини виникнення гіповолемії у хірургічних хворих:**

А) Невідновлювані або надто великі втрати рідини внаслідок блювоти та діареї при гострих захворюваннях органів черевної порожнини, лихоманки, сильного потовиділення, поліурії.

3. Види гіповолемії та механізми їх формування:

- А)** Абсолютна гіповолемія – формується внаслідок втрати рідини з об'єму циркулюючої крові назовні.
- Б)** Відносна гіповолемія – формується за рахунок перерозподілу ОЦК у позасудинний простір.
- В) Залежно від дефіциту ОЦК розрізняють:**
- а)** компенсовану гіповолемію;
 - б)** некомпенсовану гіповолемію.

4. Діагностика гіповолемії.

- А)** Клінічні ознаки гіповолемії:
- спрага;
 - зміни ментального статусу;
 - ортостатична тахікардія та гіпотензія;
 - тахіпное;
 - олігурія;
 - негативний ЦВТ;
 - збільшення часу капілярного наповнення;
 - зменшення показника сатурації кисню.

Клінічні прояви гіповолемії залежно від дефіциту ОЦК

	Гіповолемія			
	Компенсована		Некомпенсована	
	Рівень I	Рівень II	Рівень III	Рівень IV
Дефіцит ОЦК	< 15% (< 750 мл)	15-30% (750-1500 мл)	30-40% (1500-2000 мл)	> 40% (> 2000 мл) (термінове лікування)
Серцевий викид	Компенсується вазokonстрикцією	Знижений	Знижений	Знижений
Систолічний тиск	N	N	< 100 mmHg	< 70 mmHg
Діастолічний тиск	N	Знижений	Знижений	Критичне зниження
Частота дихання	N	Збільшення (тахіпное)	> 30/min	Критичне тахіпное
Частота серцевих скорочень	Незначне підвищення < 100/хв	> 100/хв	> 120/хв	> 140/хв
Пульс	N	Слабкого наповнення	Слабкого наповнення	Ниткоподібний або відсутній
Симптом білої плями	N (< 2 с)	Збільшення (>2 с)	Збільшення (> 2 с)	Не визначається
Погодинний діурез	N (> 30 мл/год)	20-30 мл/год	< 20 мл/год	Анурія
Шкіра	Бліда	Бліда, волога	Холодна, бліда, волога	Холодна, бліда, дуже волога
Ментальний статус	Незначне занепокоєння	Незначне занепокоєння, адинамічність	Дезорієнтація, оглушення	Кома

Вплив дефіциту ОЦК при гіповолемії на зміни АТ та ЧСС

Дефіцит ОЦК		Положення хворого			
мл	%	Лежачи на спині		Сидячи	
		АТ	ЧСС	АТ	ЧСС
Норма	0	N	N	N	N
-500	5	N	N	N	N або ↑
-1000	10-15	N	N або ↑	N або ↓	↑
-1500	20	N або ↓	↑	↓	↑ або ↓
-2000	30	↓	↑ або ↓	↓↓	↑ або ↓

Б) Лабораторні прояви гіповолемії, що потребують контролю:

- гематокрит;
- концентрація білка;
- концентрація Na^+ у плазмі крові;
- осмолярність плазми крові;
- рівень креатиніну та лактату плазми крові;
- показники кислотно-лужного балансу.

В) Інструментальне підтвердження: одержується вимірюванням показників центральної гемодинаміки та водних секторів організму.

Дії лікаря при корекції гіповолемії

5. Принципи корекції гіповолемії.

- Корекція гіповолемії проводиться шляхом інфузії збалансованих (Стерофундин, Рінгера – Малат, Йоностерил) або частково збалансованих (розчин Рінгера, розчин Хартмана) кристалоїдних розчинів.
- Для визначення ступеня тяжкості гіповолемії використовують пробу на гідрофільність тканин за П. І. Шелестюком:
 - після обробки шкіри антисептиком у передню поверхню передпліччя внутрішньо-шкірно вводять 0,25 мл 0,9% розчину хлориду натрію;
 - ступінь гіповолемії вираховують за терміном часу до повного розсмоктування утвореної «лимонної шкірки».

Номограма за Шелестюком (адаптована авторами)

Ступінь гіповолемії	Час розсмоктування (хв.)	Кількість рідини (мл/кг на добу)	Добова кількість рідини для хворого вагою 70 кг, в мл
1	40-30	25-40	1750-2800
2	20-15	40-60	2800-4200
3	15-5	60-80	4200-5600

В) Організація інфузійної терапії:

- а) залежно від тяжкості клінічних проявів, об'єм інфузії складає 25-80 мл/кг/добу;
- б) 25% розрахованого об'єму вводиться у першу годину лікування. При відсутності гемодинамічного ефекту від введеного інфузійного об'єму рекомендується призначення вазопресорів (норепінефрин, фенілефрин) за загальними принципами;
- в) наступні 25% розрахованого об'єму ОЦК вводиться у наступні дві години лікування (у тому числі інтраопераційно);
- г) повне відновлення дефіциту ОЦК (останні 50% розрахованого об'єму ОЦК) здійснюється до кінця першої доби лікування;
- д) після повного відновлення дефіциту ОЦК (за пробою Шелестюка) і досягнення нормоволемії (у післяопераційному періоді) інфузійна терапія проводиться за загальними принципами.

6. Критерії ефективності лікування гіповолемії:

- Відсутність відчуття спраги, задухи.
- Стабілізація гемодинаміки (сistolічний тиск – понад 90 мм рт.ст.).
- Середній артеріальний тиск > 65 мм рт.ст.
- Частота серцевих скорочень < 100 уд/хв.
- SatO₂ понад 90%.
- ЦВТ понад 40 мм вод.ст.
- Серцевий індекс > 4,5 л/хв/м².
- Гематокрит 35-45%.
- Кліренс лактату > 10% за 6 годин.
- Загальний білок крові > 60 г/л.
- Сечовина крові 4-6 ммоль/л.
- Погодинний діурез > 0,5 мл/кг/год.

4.5. Інтенсивна терапія при гострій кровотечі та алгоритм корекції

1. Головна мета інтенсивної терапії гострої крововтрати – попередження органної недостатності та усунення органної дисфункції, яка виникає внаслідок кровотечі.

2. Принципи інтенсивної терапії гострої крововтрати:

- А) Максимальне зниження загального об'єму кристалоїдів та синтетичних колоїдів, що використовуються для поповнення дефіциту ОЦК.
- Б) Профілактика розвитку коагулопатії.
- В) Використання антифібринолітиків (транексамова кислота).
- Г) Раннє введення свіжозамороженої плазми (СЗП).
- Ґ) Раннє введення криопреципітату або концентрату протромбінового комплексу.

3. Складові інтенсивної терапії:

- А) **Забезпечення адекватного газообміну** спрямоване на засвоєння кисню та видалення двоокису вуглецю, тобто на лікування гіпоксемії (SatO₂ нижче 95%):
 - а) усім хворим показане профілактичне введення через інтраназальні катетери або носоліцьову маску 6-8 л/хв кисню;
 - б) для лікування гіпоксемії використовують ШВЛ, показами до якої є:
 - послаблене дихання на фоні пригнічення свідомості;
 - частота дихання понад 30 в одну хвилину або зростаюча втома дихальних м'язів (западання міжреберних проміжків під час вдиху, участь у диханні допоміжної мускулатури);
 - корекція гіперкапнії (раСО₂ понад 50-55 мм рт.ст.);
 - корекція гіпоксемії (раО₂ менше 60 мм рт.ст.).
- Б) Зупинка кровотечі:
 - а) виконують **тимчасову або остаточну** зупинку кровотечі (при кровотечі в просвіт ШКТ – ендоскопічний, хірургічний або фармакологічний гемостаз).
- В) Поповнення дефіциту ОЦК:
 - а) поповнення дефіциту рідкої частини крові для покращення мікроциркуляції й перфузії органів і тканин та покращення доставки кисню;

- б) інфузійну терапію починають зі збалансованих кристалоїдів, одночасно через другий венозний доступ вводять синтетичні колоїди;
- в) кількісне відновлення дефіциту переносників кисню проводять за рахунок трансфузії еритроцитарної маси.
- Г) Профілактика та лікування коагулопатії:
 - а) візуальна оцінка слизових оболонок або тканин у рані (наявність капілярної кровотечі є ознакою коагулопатії);
 - б) лабораторний моніторинг коагулопатії;
 - в) введення антифібринолітиків: транексамова кислота, аprotинін:
 - транексамова кислота (спочатку у дозі 1,0 грам за 10 хвилин в/в, наступна інфузія – 1,0 грам за 6 годин);
 - аprotинін (500 000 КіО в/в крапельно у фізіологічному розчині).
- Г) Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності:
 - а) лікування серцевої недостатності;
 - б) профілактика гострого пошкодження нирок;
 - в) корекція метаболічного ацидозу;
 - г) стабілізація обмінних процесів у клітині.

Алгоритм корекції гострої крововтрати при гострій кровотечі в просвіт ШКТ

1. **Визначення. Ступінь тяжкості крововтрати** – це комплексне клінічне розуміння, яке на підставі лабораторних та клінічних показників характеризує об'єм крововтрати, інтенсивність кровотечі та індивідуальну реакцію організму хворого на крововтрату.
2. **За клініко-лабораторними ознаками крововтрата може бути помірною, середнього, тяжкого та вкрай тяжкого ступеня.**
 - А) При кровотечі інфузійно-трансфузійну терапію планують, виходячи із рівня крововтрати (див. розділ 5.5).
- Н.В.І! Неприпустиме зволікання з початком інфузійно-трансфузійної терапії після встановлення діагнозу кровотечі!**
 - а) **Рівень I:** дефіцит ОЦК 10-20% – трансфузія компонентів крові не показана, за винятком попередньої анемії та зниженого кардіореспіраторного резерву.
 - б) **Рівень II:** дефіцит ОЦК 21-30% – необхідна ресусцитація збалансованими кристалоїдами, колоїдами, кріопреципітатом або СЗП), переливання еритроцитів не показане, за винятком попередньої анемії, зниженого кардіореспіраторного резерву, наявності кровотечі, яка триває.
 - в) **Рівень III:** дефіцит ОЦК 31-40% – необхідне швидке відновлення дефіциту ОЦК збалансованими кристалоїдами, колоїдами (в першу чергу, СЗП, кріопреципітат, концентрат протромбінового комплексу) та компонентами крові.
 - г) **Рівень IV:** дефіцит ОЦК понад 40% – швидке відновлення втраченого ОЦК, у першу чергу, введення СЗП, кріопреципітату, концентрат протромбінового комплексу, гемотрансфузія обов'язкова.
3. **Приклад розрахунку об'єму крововтрати та формування програми інфузійно-трансфузійної терапії.**
4. **Технологія проведення інфузійно-трансфузійної терапії:**
 - А) Інфузійну терапію починають зі збалансованих кристалоїдів, одночасно через другий венозний доступ при необхідності вводять синтетичні колоїди.
 - Б) Максимальна швидкість внутрішньовенної інфузії визначається діаметром катетера, а не калібром вени, обраної для катетеризації:
 - а) темп поповнення визначають за величиною АТ та причиною кровотечі;
 - б) при наявності тяжкого геморагічного шоку (III-IV рівень крововтрати) початковий темп поповнення – струменево або швидкою краплею (до 250-300 мл/хв);
 - в) після стабілізації АТ на безпечному рівні інфузію виконують крапельно.
 - В) Водночас необхідно замовити та розморозити одноступінчасту плазму, кріопреципітат та еритроцитарну масу.
 - Г) Раннє введення кріопреципітату.
 - Г) Якщо трансфузія СЗП неможлива, пацієнтам через перевантаження рідиною необхідно використовувати концентрат протромбінового комплексу.

- Д) Перед трансфузією еритроцитарної маси необхідно визначити придатність її до трансфузії, перевірити групу крові та провести проби на групову та індивідуальну сумісність крові донора та реципієнта.

5. Характеристика інфузійно-трансфузійних середовищ та показання до їх використання.

А) Види та показання до використання кристаліодів:

- а) кристаліодні розчини можуть бути не збалансованими (0,9% розчин натрію хлориду), частково збалансованими (р-н Рінгера, р-н Хартмана) або збалансованими (Стерофундин, Йоностерил);
- б) не рекомендується використання 0,9% розчину натрію хлориду, тому що застосування його у великих дозах викликає:
 - ранній набряк тканин через швидке переміщення рідини в позасудинний простір;
 - зниження оксигенації тканин;
 - збільшення больового синдрому;
 - підвищення запалення та ендотеліальної дисфункції;
 - розвиток гіперхлоремічного ацидозу;
- в) рекомендується використання збалансованих розчинів, які:
 - мають фізіологічну іонну структуру, аналогічну плазмі в перерахунку на натрій, калій, кальцій, магній, хлорид;
 - ізотонічні по відношенню до плазми;
 - позбавляють від ризику ятрогенних ускладнень, за винятком можливості виникнення перевантаження системи кровообігу об'ємом рідини, що вводиться;
- г) показання:
 - поповнення дефіциту ОЦК при його дефіциті;
 - корекція водно-електролітних і кислотно-лужних порушень;
 - відновлення порушеного серцевого викиду.

Б) Види та показання до використання колоїдних розчинів:

- а) колоїдні розчини можуть бути природними (СЗП, альбумін) або синтетичними (розчини ГЕКів, желатини);
- б) розчини ГЕКів з високою молекулярною масою (до 450 000) тривало (до 1 року) циркулюють у кровоносному руслі, негативно впливають на нирковий кровообіг (можуть спричинити гостру ниркову недостатність) і гемостаз (порушують процес згортання крові при використанні у великих дозах);
- в) розчини ГЕКів з середньою молекулярною масою (200/05 або 130/04) мають менший час циркуляції у кровоносному руслі та менше впливають на гемостаз;
- г) розчини желатини не викликають коагулопатії, не мають обмежень в дозі введення, не зумовлюють осмотичного нефрозу;
- г) для зменшення негативного впливу ГЕКів на коагуляцію або формування згортку їх поєднують з розчином желатини у співвідношенні 1:1, розчини ГЕКів III покоління з малою молекулярною масою (130/04) найменше впливають на нирковий кровообіг та гемостаз, швидко виводяться з циркуляції у кровоносному руслі, тому рекомендуються для застосування у дозі, що не перевищує 20 мл/кг.

- В) **Трансфузія СЗП** (потрібно вводити якомога раніше, при тяжкій та вкрай тяжкій крововтраті співвідношення СЗП та еритроцитарної маси має бути 1:1).

Н.В.! Кожна одиниця СЗП (250 мл) містить 500-1000 мг фібриногену в 1 мл (тобто 1 одиниця СЗП = 2 одиницям кріопреципітату).

- Г) **Трансфузія кріопреципітату** (по можливості, визначити рівень фібриногену):

Н.В.! Кожна одиниця кріопреципітату (40 мл) містить 150-250 мг фібриногену.

- Г) **Трансфузія тромбоцитів.**

- Д) **Введення концентрату протромбінового комплексу (Октаплекс).**

- Е) **Цільові показники корекції гострої крововтрати:**

- гемоглобін понад 90 г/л при відсутності кардіальної патології та віку пацієнтів менш ніж 60 років;
- тромбоцити понад $75 \times 10^9/\text{л}$;
- фібриноген понад 2,5 г/л;
- Ca^{++} понад 1,0 ммоль/л;
- рН понад 7,4;
- лактат менше за 2,5 ммоль/л;

- температура тіла понад $> 36^{\circ}\text{C}$;
- систолічний АТ понад 90 мм рт.ст.;
- САТ понад 65 мм рт.ст.;
- ЦВТ 40-60 мм вод.ст.;
- сатурація O_2 крові понад 90%;
- діурез понад 0,5 мл/кг/год.

Є) Помилки, які зустрічаються при лікуванні гострої крововтрати:

- тривалі спроби пунктувати периферичну або центральну вену, що затримує початок інфузійно-трансфузійної терапії;
- трансфузія в одну вену замість двох або трьох;
- недостатній об'єм та швидкість інфузійно-трансфузійної терапії;
- недостатній об'єм еритроцитів при крововтраті, яка перевищує 30% ОЦК;
- використання 5% розчину глюкози у ролі плазмозамінника;
- використання 0,9% розчину натрію хлориду у ролі плазмозамінника;
- відсутність контролю за змінами концентраційних показників крові (Hb, Ht) та ЦВТ у процесі лікування;
- пізній початок операції;
- несвоєчасне і неякісне лікування коагулопатії споживання;
- раннє переведення хворого на спонтанне дихання в післяопераційному періоді;
- очікування результатів визначення сумісності крові замість невідкладного поповнення дефіциту ОЦК плазмозамінниками.

Ж) Трансфузія тромбоцитів.

Лікування органної дисфункції та профілактика поліорганної недостатності

1. **Лікування серцевої недостатності.**
2. **Профілактика ниркової недостатності** (внаслідок артеріальної гіпотонії і шоку, як правило, розвивається гостре пошкодження нирок (ГПН, яке проявляється олігурією)).
3. **Корекція метаболічного ацидозу** (шок, як правило, супроводжується тяжким метаболічним ацидозом).
4. **Пригнічення шлункової секреції** (є обов'язковим компонентом лікування гострої кровотечі із верхніх відділів ШКТ).
5. **Нутритивна підтримка** – здійснюється у післяопераційному періоді.

4.6. Професійно орієнтовані алгоритми

нутриційної підтримки хворих, які страждають на невідкладні хірургічні захворювання органів черевної порожнини

1. **Визначення: нутриційна підтримка** – комплекс лікувальних заходів, спрямований на виявлення та корекцію порушень нутриційного статусу організму з використанням методів ентерального та парентерального харчування.
Нутриційна підтримка – це процес забезпечення організму харчовими речовинами (нутрієнтами) за допомогою методів, відмінних від звичайного прийому їжі.

2. Недостатність харчування – це:

- уповільнене видужання;
- загроза виникнення різних ускладнень, в першу чергу інфекційних;
- подовження строку перебування у стаціонарі;
- збільшення витрат на лікування;
- зростання летальності.

3. До лабораторних ознак, що свідчать про можливий несприятливий вихід захворювання внаслідок недостатності харчування, відносять:

- гіпоальбумінемію (менше 20 г/л);
- гіпопротеїнемію (менше 40 г/л);
- гіпохолестеринемію (менше 2 ммоль/л);
- гіперлактатемію (понад 5 ммоль/л).

4. Причини нутритивної недостатності:

- Недостатній рівень знань про метаболізм у критичних хворих.
- Пізній початок нутритивної підтримки.

- Неадекватне співвідношення нутрієнтів при проведенні клінічного харчування.
- Нераціональне призначення препаратів для нутритивної підтримки.
- Неадекватне використання доступу для забезпечення нутритивної підтримки.

Для оцінки нутритивної підтримки слід застосовувати NRS-шкалу (2002)

Блок 1. Первинна оцінка

1	Індекс маси тіла менше 20,5	Так	Ні
2	Хворий втратив масу тіла за останні 3 місяці	Так	Ні
3	Є недостатнє харчування за останній тиждень	Так	Ні
4	Стан хворого тяжкий (або знаходиться у відділенні реанімації та інтенсивної терапії)	Так	Ні
* Якщо при первинній оцінці усі відповіді «Ні», то повторний скринінг проводиться через тиждень			
** Якщо при первинній оцінці хоча б на одне питання є відповідь «Так», то слід перейти до блоку 2			

Блок 2. Фінальна оцінка поживного статусу

1 бал – втрата маси більше 5% за останні 3 місяці або споживання їжі в обсязі 50-75% від нормальної у попередній тиждень.

2 бали – втрата маси більше 5% за останні 2 місяці або IMT 18,5-20,5 + погане самопочуття або споживання їжі в обсязі 25-60% від нормальної потреби в попередній тиждень.

3 бали – втрата маси більше 5% за останній 1 місяць (більше 15% за 3 місяці) або IMT менше 18,5 + погане самопочуття або споживання їжі в обсязі 0-25% від нормальної потреби в попередній тиждень.

Тяжкість захворювання – підвищені потреби в нутрієнтах

1 бал – онкологічне захворювання, перелом шийки стегна, цироз печінки, ХОЗЛ, хвороба Крона, хронічний гемодіаліз, діабет.

2 бали – радикальна абдомінальна хірургія, інсульт, важка пневмонія, гемобластози.

3 бали – черепно-мозкова травма, трансплантація кісткового мозку, інтенсивна терапія (APACHE-II > 10).

Якщо вік хворого 70 років і більше, то необхідно додати ще один бал до загальної суми.

Разом балів

• **Більше 3 балів** – високий ризик живильної недостатності, що вимагає розробки програми нутриційної підтримки.

• **Менше 3 балів** – повторний скринінг щотижня (якщо планується оперативне лікування, то необхідна програма передопераційної підготовки).

Залежно від конкретної клінічної ситуації, виділяють відповідні види та методи нутритивної підтримки. Штучна нутриційна підтримка може бути повною, коли потреби хворого в живленні повністю або основною частиною забезпечуються штучним шляхом, або частковою, у випадках, коли введення нутрієнтів ентеральним та парентеральним шляхом є додатковим по відношенню до звичайного (перорального) живлення.

Методи нутриційної підтримки: *оральний, ентеральний, парентеральний, змішаний.*

Перорально – фізіологічне харчування хворого та додаткове пероральне харчування («сип-пінг») за допомогою спеціальних гіперкалоричних сумішей.

Ентеральне (харчування через назо-гастро-єюнальний зонд, харчування через стому шлунка або тонкої кишки) – введення поживних речовин у шлунок або в початковий відділ тонкої кишки при неможливості харчування через рот.

Парентеральне (внутрішньовенне) – введення поживних речовин в організм хворого повз травний шлях через центральну або периферичну вену (як правило, застосовується при порушенні функцій тонкої та товстої кишок, неможливості провести зонд для ентерального харчування).

Змішане – введення харчових речовин через зонд та внутрішньовенно (при білковому виснаженні та низькій репарації тканин).

Основна мета нутриційної підтримки:

1. Забезпечення потреб організму хворого в основних макро- (білки, вуглеводи) та мікро- нутрієнтах.

2. Підтримка активної білкової маси.
3. Відновлення втрат, що виникають.
4. Підтримка та відновлення структурно-функціональних відношень у хворому організмі.

Основні принципи проведення нутриційної підтримки

Хворим, яким протягом 3 діб не вдається забезпечити адекватне пероральне/ентеральне харчування, при наявності протипоказань до проведення ентерального харчування або при незадовільному його засвоєнні протягом 24-48 годин слід почати парентеральне харчування.

Абсолютні/відносні протипоказання до будь-якого типу харчування:

- Гостра фаза післяопераційного або посттравматичного періоду.
- Шок будь-якої етіології.
- Лактат сироватки $> 3-4$ ммоль/л.
- Гіпоксемія $\text{PaO}_2 < 50$ мм рт.ст.
- Гіперкапнія $\text{PaCO}_2 > 75$ мм рт.ст.
- Тяжкий ацидоз $\text{pH} < 7,2$.
- Етичні міркування.

Потреба в нутритивній підтримці

При визначенні фактичної потреби хворого в енергії виходять з рівня основного обміну (ОО), який розраховується за формулою Харріса-Бенедикта.

Виходячи з середньодобових енергозатрат людини у стані спокою при ідеальній масі тіла:

- для чоловіків – 1 ккал/кг/год або 25 ккал/кг (на добу);
- для жінок – 0,9 ккал/кг/год або 20 ккал/кг (на добу).

1. Енергетичні потреби збільшуються на 10% на кожен градус підвищення температури тіла вище 38 °С.
2. Роблять поправку на руховий режим (при постільному режимі енергетична потреба збільшується на 10%, при здатності сидіти в ліжку – на 20%, при переміщенні по палаті – на 30%).
3. Енергетичні потреби збільшуються ще на 10% при невеликих операціях, на 30% – при великих операціях, на 50% – при септичному стані та на 100% – при тяжких опіках.
4. У разі потреби набору маси тіла додається ще до 600 ккал/добу.

Виходячи із загальноприйнятої точки зору про відсоткове співвідношення основних макро-нутриєнтів у добовому раціоні (білки – 15-20%, жири – 30-35%, вуглеводи – 50-55%), здійснюють розрахунок кількості їх у складі штучно введених харчових сумішей, де на 1 г азоту, що вводиться, потребується 150 небілкових кілокалорій.

Потреби у білку залежать від тяжкості стану пацієнта й складають:

- 1 г/кг/добу – при задовільному стані;
- 1,5 г/кг/добу – при стані середньої тяжкості;
- 2 г/кг/добу – при тяжкому стані та ожирінні IV ступеня ($\text{IMT} > 40$ кг/м²).

В цілому хворий не повинен отримувати: білка – більше 2,5 г/кг/добу, жирів – не більше 2 г/кг/добу, вуглеводів – не більше 6 г/кг/добу.

Цільові показники при нутритивній підтримці:

- Калораж – 25-30 ккал/кг/добу.
- Білок – $> 1,2$ г/кг/добу.
- Глюкоза – 3-6 г/кг/добу.
- Жири – 1 г/кг/день.

Ентеральне харчування (ЕХ):

Раннє ентеральне харчування є основним методом нутритивної підтримки у хворих, які знаходяться у критичному стані.

Ентеральне харчування має ряд переваг перед харчуванням парентеральним:

- ентеральне харчування фізіологічніше;
- ентеральне харчування економічніше;
- ентеральне харчування практично не викликає небезпечних для життя ускладнень, не вимагає дотримання умов суворої стерильності;
- ентеральне харчування дозволяє більшою мірою забезпечити організм необхідними субстратами;
- ентеральне харчування запобігає розвитку атрофічних процесів у шлунково-кишковому тракті.

Показання до застосування ентерального харчування:

- Білково-енергетична недостатність при неможливості забезпечення адекватного надходження нутрієнтів природним пероральним шляхом.
- Новоутворення, особливо локалізовані в області голови, шиї та шлунка.
- Розлади центральної нервової системи: коматозні стани, цереброваскулярні інсульти або хвороба Паркінсона, в результаті яких розвиваються порушення харчового статусу.
- Променева та хіміотерапія при онкологічних захворюваннях.
- Захворювання шлунково-кишкового тракту: хвороба Крона, синдром мальабсорбції, синдром короткої кишки, хронічний панкреатит, виразковий коліт, захворювання печінки і жовчних шляхів.
- Харчування у перед- і ранньому післяопераційному періодах.
- Травми, опіки, гострі отруєння.
- Ускладнення післяопераційного періоду (нориці шлунково-кишкового тракту, сепсис, неспроможність швів анастомозів).
- Інфекційні захворювання.
- Психічні розлади: нервово-психічна анорексія, тяжка депресія.
- Гострі та хронічні радіаційні ураження.

Абсолютні протипоказання до ентерального харчування:

- Клінічно виражений шок.
- Ішемія кишечника значного ступеня.
- Повна кишкова непрохідність (ілеус).
- Відмова хворого або його опікуна від проведення ентерального харчування.
- Шлунково-кишкова кровотеча, що триває.
- Абдомінальний компартмент-синдром тяжкого ступеня.

Відносні протипоказання до ентерального харчування:

- Часткова обструкція кишечника.
- Тяжка невпинна діарея.
- Зовнішні тонкокишкові нориці з виділенням понад 500 мл/добу.
- Відносним протипоказанням також є наявність великих залишкових обсягів харчових (калових) мас в кишківнику (по суті – парез кишківника).
- Інтраабдомінальна гіпертензія > 15 мм рт.ст.

Надійні маркери для початку ЕХ:

- Стабілізація біохімічних показників крові (рН, електроліти, глюкоза).
- Зниження або стабілізація дози вазопресорів чи інотропів.
- Нормалізація ОЦК.
- Нормалізація або зниження лактату крові.
- Зниження або стабілізація внутрішньочеревного тиску.
- Відновлення діурезу.

Загальні рекомендації з проведення ентерального харчування

Сформульовані прості та ясні рекомендації щодо проведення ентерального харчування (Jane Standen і David Bihari):

- Ентеральне харчування слід проводити так рано, як це тільки можливо. Проводити харчування через назогастральний зонд, якщо немає до цього протипоказань.
- Необхідно визначити залишковий об'єм у шлунку (якщо він перевищує 500 мл/добу, слід використовувати прокінетики (метоклопрамід)).
- Починати ентеральне харчування через назогастральний зонд слід зі швидкістю 20-30 мл/год, через гастроєюнальний зонд – зі швидкістю 5-15 мл/год, поступово (кожні 12 годин) збільшуючи швидкість введення при умові адекватного засвоєння нутрієнтів (відсутності або незначній кількості залишкового вмісту).
- Необхідно контролювати залишковий вміст кожні 4 години (шляхом відкриття зонду на 30-40 хвилин), і якщо залишковий об'єм не перевищує 3 мл/год, то поступово збільшити швидкість харчування до досягнення розрахункового (25-35 ккал/кг/добу).
- У випадках, якщо залишковий об'єм перевищує 3 мл/кг, слід призначити лікування прокінетиками.
- Якщо через 24-48 годин через високі залишкові об'єми ще немає можливості годувати хворого адекватно, слід провести зонд в клубову кишку сліпим методом (ендоскопічно або під контролем рентгену).

- Слід пояснити медичній сестрі, яка проводить ентеральне харчування, що якщо вона не може здійснювати його належним чином, то це означає, що вона взагалі не може забезпечити хворому належний догляд.

Вибір місця ентеральної підтримки (шлунок, дванадцятипала кишка, порожниста кишка) визначається можливістю здійснити доступ, ризиком аспірації шлункового вмісту та тривалістю ентерального харчування, що передбачається.

Загальні вимоги до ентеральних сумішей

- Достатня калорійна цінність (НЕ менше 1 ккал/мл).
- Відсутність або низький вміст лактози.
- Низька осмолярність (НЕ більше 300-340 Осм/л).
- Низька в'язкість для перманентного введення.
- Не викликає небезпечної стимуляції кишкової моторики.
- При використанні соєвих білків – вказівка на наявність генетичної модифікації.

Ентеральні суміші розподіляють за калорійною щільністю, осмолярністю, вмістом лактози, кількістю фармаконутрієнтів

Класифікація ентеральних сумішей

1. Мономірні суміші – забезпечують раннє відновлення гомеостазуючої функції тонкої кишки та підтримку водно-електролітного обміну організму (Регідрон, Нормогідрон, Орсоль, Регісол, Ре-соль).
2. Елементні хімічно точні харчові суміші – забезпечують харчування хворого в умовах деяких метаболічних порушень:
 - Для хворих на цукровий діабет (Нутрікомп Діабет, Клінутрен діабет та ін.).
 - Для хворих з нирковою недостатністю (Нутрікомп Ренал, Нутрієн Нефро).
 - Для хворих із захворюваннями ШКТ та/або дисбактеріозом (Нутрікомп Файбер).
 - Для хворих з дихальною недостатністю (Нутрієн Пульмо).
 - Для хворих з печінковою недостатністю (Нутрієн Гепа).
3. Напівелементні збалансовані суміші – вміщують частково гідролізовані та легко засвоювані макронутрієнти (Нутрілон Пепти ТСЦ, Nestle Alfare, Пептамен та ін.).
4. Повноцінні стандартні збалансовані суміші – дозволяють забезпечити фізіологічні потреби організму (Клінутрен Оптимум, Нутрізон Стандарт, Нутрікомп Ліквід Стандарт, Нутрізон Енергія, Берламін Модуляр).
5. Ентеральне харчування природними харчовими продуктами, обробленими для можливості введення їх через зонд в тонку кишку або шлунок (Нутрікомп Протеїновий модуль, Нутрікомп Енергетичний модуль, МСТ-модуль та ін.).

Методика зондового ентерального харчування після операції

У перший день вводяться сольові розчини, на другий день вводяться препарати для ентерального харчування і сольові розчини у співвідношенні 1:1, з третього дня – препарати ентерального харчування.

	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-й день
Швидкість введення, мл/год	20	40	60	80	100	125
Кількість, мл	480	960	1440	1920	2000	2000
Тривалість введення, год	24	24	24	24	20	16
Перерва введення, год	-	-	-	-	4	8

Ентеральне харчування припиняється і замінюється звичайним оральним, якщо немає ніяких клінічних або рентгенологічних ознак сповільненого спорожнення шлунка.

Ускладнення ентерального харчування:

- Інфекційні (аспіраційна пневмонія, синусити, отити, інфекція ран при гастроентеростомії).
- Гастроінтестинальні (діарея, закрепи, здуття живота, регургітація).
- Метаболічні (гіперглікемія, метаболічний алкалоз, гіпокаліємія, гіпофосфатемія).

Необхідно контролювати наступні показники:

- Клінічні дані: температура тіла, пульс, артеріальний тиск, частота дихання, метеоризм, стілець, втрати рідини (діурез, перспірація, виділення по зондам).
- Соматометричні дані: маса тіла, ІМТ, окружність плеча, товщина складки над трицепсом, окружність м'язів плеча.
- Лабораторні дані: загальний аналіз крові (гемоглобін, еритроцити, лейкоцити, гематокрит); загальний білок крові, альбумін, сечовина, креатинін, глюкоза, калій, натрій, кальцій, хлориди, АЛТ, АСТ, білірубін, осмолярність; азот сечовини, МНО.

Парентеральне харчування

Показання до парентерального/комбінованого харчування:

- кишкова недостатність, включаючи діарею;
- механічна непрохідність кишківника;
- синдром «короткої кишки»;
- тяжкий панкреатит (панкреонекроз);
- зовнішня висока пориця тонкої кишки;
- передопераційна підготовка в складі інфузійно-трансфузійної терапії.

Протипоказання до парентерального харчування:

- непереносимість окремих нутрієнтів (включаючи анафілаксію);
- виражений шок;
- гіпергідратація.

Принципи парентерального харчування

Вуглеводи (для парентерального харчування використовуються разом з амінокислотами та жировими емульсіями). Найбільш поширений нутрієнт для парентерального харчування – глюкоза. Її енергетична цінність становить близько 4 ккал/г. Частка глюкози в парентеральному харчуванні повинна становити 50-55% дійсної витрати енергії. Рациональною швидкістю доставки глюкози при парентеральному харчуванні без ризику глюкемії вважають 5 мг/(кг×хв) [0,25-0,3 г/(кг×год)], максимальною швидкістю – 0,5 г/(кг×год).

Вуглеводи: зазвичай застосовується глюкоза (розчини різної концентрації (від 5 до 50%)), фруктоза (у вигляді 10% і 20% розчинів (менше дратують інтиму вен, ніж глюкоза)), інвертоза, галактоза (мальтоза застосовується рідко). Спирти (сорбітол, ксилітол) додаються в жирові емульсії для створення осмолярності та як додатковий енергетичний субстрат.

Амінокислоти для парентерального харчування використовуються з метою забезпечення організму азотом для пластичних процесів, однак при дефіциті енергії вони також стають енергетичним субстратом.

При використанні амінокислот необхідно дотримуватися раціонального співвідношення небілкових калорій до азоту – 150:1. Включення до розчину кристалічних амінокислот, незамінних амінокислот з розгалуженим ланцюгом (валін, лейцин, ізолейцин – VLI) створює виразні лікувальні ефекти, що особливо проявляється при печінковій недостатності. На відміну від ароматичних, розгалужені амінокислоти перешкоджають утворенню аміаку. Група VLI служить джерелом кетонів тіл – важливого енергетичного ресурсу для хворих в критичних станах (сепсис, поліорганна недостатність). Збільшення концентрації розгалужених амінокислот в сучасних розчинах кристалічних амінокислот обґрунтоване їх здатністю до окислення безпосередньо у м'язовій тканині. Вони служать додатковим і ефективним енергетичним субстратом при станах, коли засвоєння глюкози і жирних кислот уповільнене.

Жирові емульсії для парентерального харчування

Жирові емульсії для парентерального харчування містять найбільш енергоємний нутрієнт – жири (енергетична щільність – 9,3 ккал/г). Жирові емульсії в 10% розчині містять близько 1 ккал/мл, в 20% розчині – близько 2 ккал/мл. Доза жирових емульсій – до 2 г/(кг×добу). Швидкість введення – до 100 мл/год для 10% розчину або 50 мл/год для 20% розчину.

Техніка парентерального харчування

Сучасна техніка парентерального харчування базується на двох принципах: інфузія з різних ємностей («bottle») і технологія «все в одному» – «all in one», розроблена в 1974 р. К. Соласолом. Технологія «все в одному» представлена двома варіантами: «два в одному» – «two in one» і «три в одному» – «three in one».

Методика інфузії з різних ємностей

Методика передбачає внутрішньовенне введення глюкози, розчинів кристалічних амінокислот і жирових емульсій окремо. При цьому використовують техніку одночасного переливання розчинів кристалічних амінокислот і жирових емульсій в режимі синхронної інфузії (крапля за краплею) з різних флаконів в одну вену через Y-подібний перехідник.

Методика «два в одному»

Для парентерального харчування використовують препарати, які містять розчин глюкози з електролітами і розчин кристалічних амінокислот, що випускаються, як правило, у вигляді двокамерних мішків (Нутріфлекс). Вміст пакету перед використанням змішують. Дана методика дозволяє дотримуватися умов стерильності при інфузії та дає можливість одночасно вводити компоненти парентерального харчування, заздалегідь збалансовані за вмістом компонентів.

Методика «три в одному»

При використанні методики вводять усі три компоненти (вуглеводи, жири, амінокислоти) з одного мішка (Олікліномель, Нутріфлекс, Кабівен). Мішки «три в одному» сконструйовані з додатковим портом для введення вітамінів та мікроелементів. За допомогою даної методики забезпечується введення повністю збалансованого складу нутрієнтів, зниження ризику бактеріальної контамінації.

За даними численних багатоцентрових досліджень, у 80% пацієнтів, які отримують парентеральне харчування, може бути здійснене стандартне парентеральне харчування з використанням систем «все в одному».

Тільки 20% пацієнтів потребують проведення метаболічно орієнтованого харчування за індивідуальною модульною схемою.

Ускладнення парентерального харчування:

- інфекційні (флебіти, ангіогенний сепсис);
- метаболічні (гіперглікемія, гіперхлоремія, ацидоз, гіперосмолярний синдром);
- жирова емболія легеневої та мозкової артеріальної системи;
- інфікування з розвитком флебітів (цьому сприяє гіперосмолярність розчинів), емболій та сепсису;
- ацидоз із розвитком гіпервентиляції;
- осмотичний діурез (гіперглікемія), зневоднення;
- гіпер- або гіпоглікемічна кома;
- порушення балансу електролітів та мікроелементів.

4.7. Професійно орієнтовані алгоритми організаційних та тактичних особливостей премедикації, периопераційного та післяопераційного знеболення при гострих хірургічних захворюваннях органів черевної порожнини

- Передопераційна премедикація.
- Периопераційне знеболення.
- Післяопераційне знеболення.

4.7.1. Передопераційна премедикація

1. **Визначення: передопераційна премедикація** (лат. Pre – перед; лат. Medicamentum – ліки) – попередня нефармакологічна та фармакологічна підготовка пацієнта до загально-го знеболення при хірургічному втручанні.

2. **Мета передопераційної премедикації:** профілактика, попередження чи зменшення виникнення можливих ускладнень анестезіологічного забезпечення при хірургічному втручанні.

3. **Завдання передопераційної премедикації:**

- створення психічного та емоційного спокою перед анестезією та хірургічним втручанням;
- полегшення введення у наркоз та зниження витрат наркотичних речовин під час наркозу;
- попередження надлишкових рефлексорних впливів під час анестезії та операції;
- зменшення саливації та секреції залоз трахеобронхіального дерева.

4. **Різновиди премедикації:**

- лікувальна (спрямована на компенсування та лікування тяжких супутніх розладів, проводиться сумісно з лікарями інших спеціальностей);
- профілактична (спрямована безпосередньо на підготовку до анестезіологічного забезпечення);

- профілактична віддалена;
- психологічна;
- механічна (включає очищення ШКТ, режим передопераційного харчування, механічну профілактику ТЕУ);
- профілактична безпосередня або фармакологічна.

5. Час і спосіб проведення фармакологічної премедикації:

- Напередодні операції перед сном – перорально або внутрішньом'язово.
- Уранці за 2 години до операції – перорально або внутрішньом'язово.
- За 40 хв. до операції внутрішньом'язово або за 5-10 хв. внутрішньовенно.

6. Склад фармакологічної премедикації: слід розглядати індивідуально для кожного пацієнта.

За показаннями в премедикацію можна включити:

- ненаркотичні анальгетики (парацетамол (Інфулган), інші НПЗЗ);
- наркотичний анальгетик;
- анксіолітик (діазепам);
- периферичний М-холінолітик (атропіну сульфату розчин 0,1% в/в із розрахунку 0,01 мг/кг);
- глюкокортикоїди.

4.7.2. Периопераційне знеболення (анестезіологічне забезпечення)

1. Визначення. Анестезіологічне забезпечення – це комплекс заходів, спрямованих на захист пацієнта від хірургічної агресії та больового шоку, що застосовують хворим під час оперативних втручань та болісних маніпуляцій.

2. Мета кваліфікованої анестезіологічної допомоги полягає в захисті пацієнта від хірургічної агресії стандартизованими методами знеболення.

3. Компоненти анестезіологічного забезпечення:

- Медикаментозний сон.
- Знеболення.
- Нейровегетативний захист.
- Міорелаксація.
- Забезпечення адекватної функції зовнішнього дихання.
- Підтримання оптимального кровообігу в організмі.
- Нормалізація метаболічних процесів, що відбуваються в тканинах.

4. Різновиди анестезіологічного забезпечення.

Види знеболення:

1. Загальне (general anesthesia) – виключення свідомості для знеболення усіх ділянок тіла.
2. Регіонарне (regional anesthesia) – виключення нервової імпульсації в окремих ділянках тіла.
3. Сполучене, або комбіноване (complex anesthesia) – знеболення, що досягається одночасним чи послідовним застосуванням засобів загального та регіонального знеболення.

Способи загальної анестезії:

1. Інгаляційна.
2. Внутрішньовенна – тотальна внутрішньовенна анестезія (ТВВА, ТІВА).
3. Комбінована (внутрішньовенна + інгаляційна).

Техніки загальної анестезії:

1. Зі спонтанним диханням.
2. Зі штучною вентиляцією легенів (масковим, ларингеальним, ендотрахеальним методом).

5. Етапи анестезіологічного забезпечення:

- Індукція в анестезію.
- Міорелаксація.
- Інтубація.
- Підтримка анестезії та міорелаксації. Проведення інтраопераційної інфузійної терапії.
- Виведення з анестезії.

6. Моніторинг анестезії.

- Моніторинг стану серцево-судинної системи (ЕКГ, АТ, ЧСС).
- Моніторинг стану дихальної системи (SpO₂, капнографія).
- Моніторинг глибини анестезії (рівень свідомості BIS або entropy).
- Моніторинг перфузії тканин (діурез).

7. Класифікація ступенів ризику загальної анестезії (затверджена Американською асоціацією анестезіологів (ASA) та базується на градаціях фізичного стану хворих).

- I. Системні розлади відсутні.
- II. Легкі системні розлади без порушення функцій.
- III. Середньотяжкі та тяжкі системні захворювання з порушенням функцій.
- IV. Тяжке системне захворювання, яке постійно становить загрозу для життя та призводить до неспроможності функцій.
- V. Термінальний стан, високий ризик летального результату протягом доби, незалежно від операції.
- VI. Смерть головного мозку, донорство органів для трансплантації (цей клас існує в різних варіантах шкали).
- E. Якщо втручання проводиться в екстреному порядку, оцінка стану доповнюється літерою «E» (наприклад, «II E»).

8. Варіанти анестезіологічного забезпечення.

A) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія на спонтанному диханні.

Індукція:

- Тіопентал натрію 3-5 мг/кг (слід використовувати 1-2% розчин), **або**
- Пропофол 1,5-2,5 мг/кг.

Підтримка анестезії:

- Мідазолам 0,05-0,1 мг/кг.
- Пропофол 50-150 мкг/кг/хв.
- Фентаніл 1-3 мкг/кг/год.

B) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія з міорелаксацією та ШВЛ:

- Кисень медичний.

Індукція:

- Діазепам розчин ввс 0,15-0,2 мг/кг, одноразово або Мідазолам ввс 0,1-0,15 мг/кг, одноразово.
- Тіопентал натрію ввс 3-7 мг/кг, одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Пропофол ввс 4-8 мг/кг/год (100-200 мкг/кг/хв).
- Фентаніл ввс фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв, або інфузійно 3-10 мкг/кг/год.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв, **або** Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв, **або** Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

B) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія – оксидутират натрію та тіопентал натрію, з міорелаксацією та ШВЛ (на фоні проведення терапії дегідратації).

- Кисень медичний.

Індукція:

- Тіопентал натрію ввс 3-7 мг/кг, одноразово.
- Натрію оксидутират 70-120 мг/кг.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

Натрію оксидутират розчин 20% ввс 100 мг/кг/год.

- Тіопентал натрію ввс 3-7 мг/кг.
- Фентаніл ввс фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв, або інфузійно 3-10 мкг/кг/год.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв,
- або Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв,
- або Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

Г) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія з міорелаксацією та ШВЛ.

- Кисень медичний.

Індукція:

- Тиопентал натрію ввс 3-7 мг/кг, одноразово.
- Натрію оксибутират розчин 20% ввс 70-120 мг/кг, одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Пропофол ввс 4-8 мг/кг/год (100-200 мкг/кг/хв).
- Фентаніл ввс фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв, або інфузійно 3-10 мкг/кг/год.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв, або Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв, або Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

Д) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія з міорелаксацією та ШВЛ (проводиться на тлі поповнення гострої крововтрати тяжкого або вкрай тяжкого ступеня).

При крововтраті тяжкого ступеня:

- Кисень медичний.

Індукція:

- Тиопентал натрію ввс 3-7 мг/кг, одноразово.
- Натрію оксибутират розчин 20% 10 мл ввс 70-120 мг/кг, одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Натрію оксибутират розчин 20% 10 мл ввс 100 мг/кг/год.
- Кетамін: перша година – 1 мг/хв/60-80 кг; 2-4 години – 0,6 мг/хв/60-80 кг; більше 4 годин – 0,4 мг/хв/60-80 кг.
- Фентаніл в/в фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв або інфузійно 3-10 мкг/кг/год.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв,
- або Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв,
- або Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

При крововтраті вкрай тяжкого ступеня:

- Кисень медичний.

Індукція:

- Натрію оксибутират розчин 20% 10 мл ввс 70-120 мг/кг, одноразово.
- Кетамін розчин 5% 2 мл ввс одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Натрію оксибутират розчин 20% 10 мл ввс 100 мг/кг/год.
- Кетамін: перша година – 1 мг/хв/60-80 кг; 2-4 години – 0,6 мг/хв/60-80 кг; більше 4 годин – 0,4 мг/хв/60-80 кг.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв,
- або Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв,
- або Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

Е) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія з міорелаксацією та ШВЛ (на тлі поповнення гострої крововтрати середнього ступеня тяжкості):

- Кисень медичний.

Індукція:

- Діазепам ввс 0,15-0,2 мг/кг, одноразово, **або** Мідазолам ввс 0,1-0,15 мг/кг, одноразово.
- Кетамін ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Тіопентал натрію ввс 3-7 мг/кг, одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація) одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Пропופол ввс 4-8 мг/кг/год (100-200 мкг/кг/хв).
- Кетамін: перша година – 1 мг/хв/60-80 кг; 2-4 години – 0,6 мг/хв/60-80 кг; більше 4 годин – 0,4 мг/хв/60-80 кг.
- Фентаніл ввс фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв, **або** інфузійно 3-10 мкг/кг/год.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв,
- **або** Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв,
- **або** Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

Є) Багатокомпонентна внутрішньовенна анестезія з міорелаксацією та ШВЛ:

- Кисень медичний.

Індукція:

- Тіопентал натрію 3-7 мг/кг ввс,
- **або** Кетамін розчин 5% 2 мл ввс одноразово.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- Пропопол розчин 1% 20 мл 4-8 мг/кг/год.
- Фентаніл ввс фракційно 0,1-0,2 мг через кожні 20-30 хв, **або** інфузійно 3-10 мкг/кг/год.
- Кетамін: перша година – 1 мг/хв/60-80 кг; 2-4 години – 0,6 мг/хв/60-80 кг; більше 4 годин – 0,4 мг/хв/60-80 кг.

Підтримка міорелаксації:

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв,
- **або** Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв,
- **або** Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.

Ж) Інгаляційна анестезія севофлюраном (при відсутності гіповолемії).

- Кисень медичний.

Індукція:

- Тіопентал натрію 3-7 мг/кг ввс.

Міорелаксація:

- Піпекуронію бромід ввс 1-2 мг (прекураризація), одноразово.
- Суксаметоній ввс 1-2 мг/кг, одноразово.
- Піпекуронію бромід ввс до індукційної дози 0,05-0,1 мг/кг, одноразово після інтубації трахеї.

Підтримка анестезії:

- потік свіжої суміші (100% O₂) 4 л/хв, концентрація севофлюрану на випарнику 4 об.%, тривалість – до 4 хвилини;
- корекція параметрів потоку зі зниженням газотоку до 0,5-1,5 л/хв, коливанням FiO₂ від 0,3 до 0,6, залежно від SpO₂, зниженням концентрації севофлюрану на випарнику до ≤ 1 вікової МАК;
- підтримання анестезії супроводжується додатковим введенням наркотичних анальгетиків (фентаніл до ≤ 5 мкг/кг/год в першу годину операції, ≤ 2,5 мкг/кг/год з другої години оперативного втручання), дозування наркотичних анальгетиків може бути зниженим до 2,5 мкг/кг/год;
- при виникненні необхідності поглиблення анестезії можлива додаткова подача «болю-су севофлюрану» або збільшення потоку свіжої суміші до 6-8 л/хв, концентрації севофлюрану до 6-8 об.%. Через 1 хв повернутися до розрахункових значень параметрів. Альтернативно – введення опіюїду;

- за 10 хв до закінчення оперативного втручання внутрішньовенно або внутрішньом'язово вводять 100 мкг фентанілу;
- за 5 хв до закінчення анестезії припиняють подачу всіх анестетиків, газотік у контурі підвищують до 6-8 л/хв (FiO₂ до 0,6).

Підтримка міорелаксації (за необхідності можливе зменшення дозування):

- Атракуріум ввс 5-10 мкг/кг/хв, або Векуронію бромід ввс 1-2 мкг/кг/хв., або Рокуронію бромід ввс 5-10 мкг/кг/хв.
- Інтраопераційна інфузійна терапія при анестезіологічному забезпеченні хірургічних втручань у хворих без ознак дефіциту ОЦК

Під час індукції:

- Збалансований кристалоїдний розчин 4 мл/кг ввк.

Під час підтримки – на одну годину операції:

- Збалансований кристалоїдний розчин 4-6 мл/кг/год ввк.

Вибір методу анестезіологічного забезпечення залежно від тяжкості стану пацієнта та основного захворювання

Ds / Анестезіологічне забезпечення	Класифікація ASA				
	I	II	III	IV	V
Гострий апендицит. Форми від M ₁ до M ₃ , ускладнений перитонітом від O ₁ до O ₃	1 для M ₁	1 для M ₁	2; 9	3; 4; 7; 8	3; 4; 7; 8
Гострий апендицит, ускладнений розповсюдженим перитонітом (O ₄)			2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8
Гострий калькульозний холецистит. Форми (B ₁ ;M ₁); (B ₁ ;M ₂); (B ₂ ;M ₃ ;O ₃)	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8
Гострий калькульозний холецистит, гангренозно-перфоративна форма, ускладнений перитонітом (B ₁ ;M ₄ ;O ₄)			2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8	2; 3; 4; 8
Гострий калькульозний холецистит, ускладнений механічною жовтяницею (B ₁ ;O ₆)				3; 4; 8	3; 4; 8
Гострий панкреатит, тяжка форма, абортівний перебіг, період гемодинамічних порушень і панкреатогенного шоку середнього ступеня тяжкості (T ₂ ;X ₁ ;F ₁ ;T ₂)			6; 7; 8	6; 7; 8	6; 7; 8
Гострий панкреатит, тяжка форма, повільно прогресуючий панкреонекроз, фаза функціональної недостатності паренхіматозних органів, ПОН 1 ступеня тяжкості (T ₂ ;X ₂ ;F ₂ ;Q ₁)				6; 7; 8	6; 7; 8
Гострий панкреатит, тяжка форма, швидко прогресуючий панкреонекроз, період функціональної недостатності паренхіматозних органів, ПОН 3 ступеня тяжкості (T ₂ ;X ₃ ;F ₂ ;Q ₃)				6; 7; 8	6; 7; 8
Гострий панкреатит, тяжка форма, швидко прогресуючий панкреонекроз, період функціональної недостатності паренхіматозних органів, ПОН 4 ступеня тяжкості (T ₂ ;X ₃ ;F ₂ ;Q ₄)				6; 7; 8	6; 7; 8
Гострий панкреатит, тяжка форма, швидко прогресуючий перебіг, період дистрофічних та гнійних ускладнень (T ₂ ;X ₃ ;F ₃ ;Q ₁)				6; 7; 8	6; 7; 8

Післяопераційне знеболення

1. **Визначення.** Післяопераційне знеболення – це фізіологічний феномен, який виникає внаслідок впливу на центральну і периферичну нервову систему знеболюючих препаратів, зворотньо блокуючих здатність нейронів передавати нервові імпульси.
2. **Мета післяопераційного знеболення:** збереження емоційної та фізичної активності хворого в ранньому післяопераційному періоді шляхом пригнічення шкірного, глибокого та вісцерального компонентів болю.
3. **Завдання післяопераційного знеболення:** зниження рівня ноцицептивного потоку із операційної рани та периферичних рецепторів до центральних структур мозку; усунення стресових гемодинамічних, ендокринних та метаболічних реакцій; попередження психологічного сприйняття болю та супутніх емоційних реакцій.
4. **Принципи проведення знеболюючої терапії:** призначення знеболюючих препаратів залежно від обсягу виконаного хірургічного втручання; дотримання доз та інтервалів між введенням препаратів.
5. **Післяопераційна оцінка ефективності знеболювання.** Для визначення якості знеболювання після операції частіше використовується візуальна аналогова шкала (ВАШ). Задовільним вважається знеболення при ВАШ не більше 3 балів.
6. **Види знеболення та класифікація знеболюючих препаратів, що застосовуються в хірургії:**
 - а) наркотичні анальгетики: пригнічують та знижують активність нейронів, що забезпечують ноцицептивну аферентацію, з посиленням гальмуючих впливів антиноцицептивних зон на структури, які формують емоційно-афектні прояви болю:
 - морфіну гідрохлорид, розчин 1% 1 мл в/м, по 1 мл 2-4 рази на добу;
 - тримеперидину гідрохлорид 2% 1 мл (Промедол) в/м, по 1 мл 3-4 рази на добу;
 - трамадолу гідрохлорид 5% 2 мл (Трамадол, Трамал) в/м, по 2 мл 4 рази на добу;
 - буторфанолу тартрат 1 мл (Стадол) в/м, по 1 мл 4 рази на добу;
 - б) ненаркотичні анальгетики:
 - кетопрофен 5% 2 мл 100 мг (Кетонал) в/в або в/м, по 2 мл 3 рази на добу;
 - кеторолаку трометамін 1 мл 30 мг (Кетанов, Кеторол) в/м, по 1 мл 4 рази на добу;
 - метамізол 50% 2 мл (Анальгін) в/м, по 2 мл 4 рази на добу;
 - ацетамінофен, табл. 0,5 (Парацетамол, Панадол, Тайленол, Альдолор) по 2 табл. 4 рази на добу **або** Інфулган 1000 мг 2 рази на добу в/в;
 - в) епідуральне знеболення периопераційного періоду як складова частина мультимодального знеболення.

7. Схеми післяопераційного знеболення відповідно до рівня болю за рекомендаціями PROSPECT

Інтенсивний біль (ВАШ > 50 мм)	Сильні опіати + селективні інгібітори ЦОГ-2 або традиційні НПЗЗ
Біль середньої інтенсивності (ВАШ < 50 > 30 мм)	Покроково переходити до СІ ЦОГ-2/НПЗЗ + парацетамол (±) слабкі опіати
Біль низької інтенсивності (ВАШ < 30 мм)	Селективні інгібітори ЦОГ-2 або традиційні НПЗЗ + парацетамол

НОВЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ – ПРОФЕССИОНАЛАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Европейский продукт для врачей от эксклюзивного представителя в Украине

Таблицы взаимодействия препаратов



Медицинские
карманные справочники

Медицинские
руководства



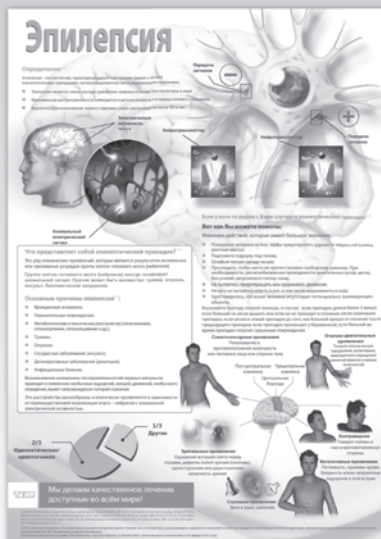
Блокноты



Брошюры



Постеры



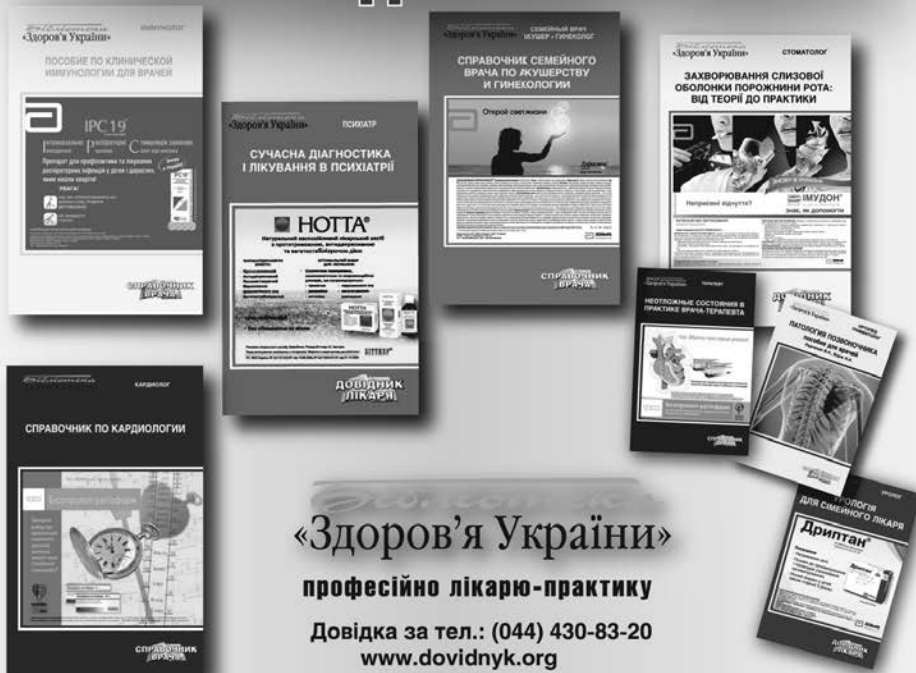
04074, Киев, ул. Жашковская, 20, ООО «Доктор-Медиа-Групп»
Справки по тел.: (044) 430-83-20
www.dovidnyk.org

ДОВІДНИК ЛІКАРЯ

НАМ ВЖЕ
10 РОКІВ



НЕЗАМІННИЙ ПОМІЧНИК В ПОВСЯКДЕННІЙ РОБОТІ



«Здоров'я України»

професійно лікарю-практику

Довідка за тел.: (044) 430-83-20
www.dovidnyk.org

Спеціалізоване медичне видання для спеціалістів охорони здоров'я
Довідкове видання

Довідково-методична серія
«Бібліотека «Здоров'я України»

Хірург
НЕВІДКЛАДНА ХІРУРГІЯ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ
(стандарти організації та професійно орієнтовані алгоритми
надання медичної допомоги)

Довідник лікаря
(Українською мовою)

Підп. до друку 29.10.2018 р.
Формат 84×108 1/32.
Тираж 5000 пр. Зам. № 29.10.2018-001

ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України»
Генеральний директор – В.М. Знахарчук

Реклама
Л.Б. Кривонос
Г.Л. Купчик

Медичний редактор
О.І. Білоконь
Літературний
редактор-коректор
О.Л. Двораківська

Верстка і дизайн
М.І. Нестеренко

Видавець:
ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України»
04074, м. Київ, вул. Жашківська, 20

Свідоцтво про внесення до
Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів
видавничої продукції ДК № 3949 від 29.12.2010 р.

Надруковано з готових фотоформ
ТОВ «Видавничий Будинок «Аванпост Прим»
03035, м. Київ, вул. Сурікова, 3.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру
України видавців, виготівників видавничої продукції
ДК № 3843 від 22.07.2010 р.

ШАНОВНИЙ(-А) _____ !

Нас цікавить Ваша думка про довідники серії «Бібліотека «Здоров'я України».
Будемо вдячні за відповіді на запитання та Ваші пропозиції.

Будь ласка, виберіть ☒ тільки одну відповідь із запропонованих варіантів.

1. Яка спеціальна інформація для Вас найбільш цікава та необхідна у роботі?

- ☐ інформація про сучасні методи діагностики та лікування
- ☐ опис (інструкції) лікарських засобів
 - Досвід використання лікарських засобів
- ☐ вітчизняних фахівців
- ☐ закордонних фахівців
- Інформація щодо лікування захворювань
- ☐ докладні методичні рекомендації з лікування, розроблені за результатами наукових досліджень
- ☐ короткі алгоритми (схеми, протоколи) діагностики та лікування, апробовані на практиці
 - Досвід лікування захворювань
- ☐ вітчизняних фахівців
- ☐ закордонних фахівців
- Інформація щодо продуктів парафармацевтики (БАД, мінеральні води, космецевтика тощо)
- ☐ цікаво, клінічно підтверджена ефективність їх використання
- ☐ не використовую їх у своїй практиці
 - Лабораторні/функціональні норми та показники
- ☐ корисні, однак необхідність щодо їх уточнення буває рідко
- ☐ дуже необхідні
- Інформація щодо сучасної медичної техніки та технологій
- ☐ цікава для використання в роботі
- ☐ використовую у своїй лікарській практиці тільки ті засоби, які є за місцем роботи
- Нормативні документи та законодавчі акти в галузі охорони здоров'я
- ☐ рідко використовую
- ☐ дуже необхідні
- Інформація щодо профільних санаторно-курортних установ та спеціалізованих медичних центрів
- ☐ рідко використовую
- ☐ дуже необхідні
- Інформація щодо медичних WEB-ресурсів
- ☐ не маю доступу до Internet
- ☐ не використовую Internet для пошуку медичної інформації
- ☐ дуже необхідна

2. Використовуєте Ви у своїй роботі медичні видання (у т.ч. періодичні)?

- ☐ Так Які? _____

- ☐ Ні Чому? _____



