

© М. В. Гринёв, Ю. В. Плотников, 2012
УДК 617-083.98(470.23):371.122.2(049.32)

М. В. Гринёв, Ю. В. Плотников

КОНФЕРЕНЦИЯ «СОСТОЯНИЕ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ»

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (дир. — академик РАМН проф. С. Ф. Багненко); кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Э. Э. Топузов), Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова

14 декабря 2011 г. в гостинице «Holliday inn» состоялась конференция хирургов Санкт-Петербурга, посвященная состоянию помощи при заболеваниях, объединенных в группу «Острый живот». Конференция была организована Хирургическим обществом Пирогова, Комитетом по здравоохранению, Ассоциацией хирургов. Спонсорскую помощь оказали фирмы «Olympus» и «Soring».

Главный хирург Санкт-Петербурга проф. П. К. Яблонский обобщил тенденции заболеваемости и результатов лечения в 2010 г. С конца XX в. численность взрослого населения города стала уменьшаться, но с 2007 г. вновь стала повышаться и достигла 4,6 млн человек в 2010 г. Отмечается рост первичной и общей заболеваемости. Заслуживает особого внимания снижение заболеваемости и частоты оперативных вмешательств. Из нозологических единиц на первом месте по-прежнему находится острый панкреатит (ОП) — 45%, на втором — острый аппендицит (ОА) — 20%, далее острый холецистит (ОХ) — 18%, ущемленная грыжа (УГ) — 6%, язвенные кровотечения (ЯК) — 5%, острая кишечная непроходимость (ОКН) и перфоративная язва (ПЯ) по 3%. В 2010 г. экстренную помощь 16 465 больным оказывали 350 лечебных учреждений (федеральных, городских, муниципальных и частных). 80% госпитализированных приходится на 10 стационаров. В то же время, в Москве на одну клинику приходится 1248 пациентов. Оперативная активность в 2010 г. была 56,5% (в Москве — 58,87%). Общая летальность в 2010 г. была 2,48%, послеоперационная — 3,08%. По нозологическим единицам общая и послеоперационная летальность в 2010 г. была: ОКН — 8,2–8,4%; ОА — 0,18–0,2%; ПЯ — 9,41–10,75%; ЯК — 4–8,2%; УГ — 4,7–4,99%; ОХ — 1,3–1,5%; ОП — 2,8–7,1%. Сроки госпитализации больных остаются на прежнем уровне. Основными тенденциями развития хирургической помощи являются модернизация здравоохранения и внедрение новых технологий, в первую очередь, эндоскопических.

В. В. Стрижелецкий представил доклад по лечению ОА. Отмечено значительное снижение количества госпитализированных больных — почти в 3 раза. В нескольких крупных стационарах города частота лапароскопических аппендэктомий превышает 90%. Внедрение диагностической лапароскопии позволило резко сократить частоту операций

при простом (поверхностном) аппендиците. Результаты лечения не ухудшились, несмотря на быстро увеличивающееся число больных пенсионного возраста с высокой полиморбидностью.

Лечение ОХ обсуждено в докладе В. А. Кашенко. Достижениями текущего времени являются существенное снижение послеоперационной летальности, основанное на применении диагностических методик [магнитно-резонансной томографии (МРТ), холангиопанкреатографии, внутрисосудистой ультрасонографии], внедрении эндовидеохирургических методик, возможности сочетания лапароскопии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) с удалением камней из желчных протоков, в том числе одномоментно, пункционных методов диагностики и дренирования желчных путей. Если в прошлом основной причиной смерти являлись инфекционные осложнения, то сейчас — сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность. Задачами являются снижение частоты интраоперационных и послеоперационных осложнений, в том числе повреждений желчных путей, правильный выбор доступа. Специализированные отделения лапароскопической хирургии — это веяние времени, однако более полезен мультидисциплинарный подход. На основании данных литературы и собственного опыта, автор пришел к выводу о необходимости расширения частоты экстренных операций. Сроки выполнения лапароскопической холецистэктомии после РХПГ с удалением камней можно сокращать. Выбор срока и тип операции должен определяться прогностическими критериями, которые нуждаются в более точном определении. Несмотря на преимущества ранних операций, необходимо четко выделить группы риска, когда целесообразно воздержаться от холецистэктомии и более широко использовать пункционные методы. Особое значение имеет оценка выраженности холангита. Целесообразно привести в соответствие зарубежные и отечественные стандарты.

С. Ф. Багненко и В. Р. Гольцов осветили проблему острого панкреатита. Назрела необходимость внести изменения в существующую классификацию «Атланта-92». Предложено в протоколы оказания помощи при остром панкреатите включить среднюю степень тяжести заболевания. Последняя характеризуется наличием местных

(панкреонекроз в диаметре менее 1,0 см, киста, абсцесс поджелудочной железы) и(или) общих [органный и(или) полиорганный недостаточность менее 3 сут, регистрируемая по данным шкал: APACHE-2 — 2–7 баллов и(или) Ranson — 1–2 балла и(или) СРБНИИСП им. И. И. Джанелидзе — 2–4 балла] признаков. Для тяжелого ОП характерны: местные признаки — панкреонекроз в диаметре более 1,0 см, инфицированный панкреонекроз (гнойно-некротический паранекротит) и(или) общие признаки — органный и(или) полиорганный недостаточность более 3 сут, регистрируемая по данным шкал: APACHE — ≥ 8 баллов и(или) Ranson ≥ 3 баллов, и(или) СРБНИИСП им. И. И. Джанелидзе ≥ 5 баллов. За последние 6 мес с 01.06.2011 г. по 01.12.2011 г. в панкреатологическом центре СРБНИИСП им. И. И. Джанелидзе прошли лечение 230 больных с острым панкреатитом, из них 138 (60%) — с легким, 74 (32,2%) — среднетяжелым и 18 (7,8%) — с тяжелым ОП. Средний койко-день составил соответственно 7–15–30 сут. Гнойные осложнения у легкого ОП не развивались, у среднего ОП составили 9,5% (7 больных), у тяжелого ОП — 55,6% (10 больных). Летальность составила соответственно 0–5,4% (4 больных) — 33,3% (6 больных). В среднем затраты на лечение одного больного были 12 400 — 37 500 — 14 4800 руб. Таким образом, выделение трех различных форм ОП (легкого, среднего и тяжелого) целесообразно, так как это, во-первых, различные клинико-морфологические формы, во-вторых, они имеют отличные исходы заболевания, в-третьих, различаются по койко-дню в стационаре и отделении реанимации и соответственно, в-четвертых, они разные по затратам на лечение.

Следующее важное предложение по изменению протокола ОП касается разработки алгоритма диагностики и лечения панкреонекроза в фазе асептической секвестрации. Разработаны диагностические признаки постнекротической кисты поджелудочной железы и определены показания к неотложному и плановому оперативному лечению.

Тема ущемленные грыжи была представлена в докладе Г. И. Синенченко. Ущемление является самым опасным осложнением грыжи.

Летальность больных увеличивается с возрастом, варьируя между 3,8 и 11%. Некроз ущемившихся органов наблюдается не менее чем в 10% случаев.

При всех видах и формах ущемленной грыжи тяжесть расстройств имеет прямую зависимость от временного фактора, что определяет неотложный характер лечебно-диагностических мероприятий.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии ущемленной грыжи является основанием для немедленного направления больного в дежурный хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

Больные, поступившие в отделение экстренной медицинской помощи (приемное отделение) с жалобами на боли в животе, должны быть целенаправленно осмотрены на наличие грыжевого выпячивания в типичных местах. На основании жалоб, анамнеза и данных объективного обследования, больные с ущемленными грыжами должны быть разделены на 4 группы:

1-я группа — неосложненная ущемленная грыжа;

2-я группа — осложненная ущемленная грыжа;

при осложненной ущемленной грыжи выделяют:

а) ущемленную грыжу, осложненную острой кишечной непроходимостью;

б) ущемленную грыжу, осложненную флегмоной грыжевого мешка;

3-я группа — ущемленная послеоперационная вентральная грыжа;

4-я группа — вправившаяся ущемленная грыжа.

Все диагностические мероприятия должны быть выполнены в течение 1 ч. Установленный диагноз ущемленной грыжи служит показанием к неотложной операции в сроки не более 2 ч после поступления больного в стационар после предоперационной подготовки.

Больные с признаками эндотоксикоза при осложненной ущемленной грыжи после забора материала для лабораторных и инструментальных исследований направляются для интенсивной предоперационной подготовки в отделение реанимации и интенсивной терапии. Возможно выполнение предоперационной подготовки на операционном столе.

При вправившейся ущемленной грыже и длительности ущемления менее 2 ч больные из отделения экстренной медицинской помощи (приемного отделения) направляются в хирургическое отделение для динамического наблюдения в течение 24 ч. Если во время динамического наблюдения появляются симптомы ухудшения общего состояния наблюдаемого, а также перитонеальная симптоматика, — показана диагностическая лапароскопия.

При самостоятельном вправлении ущемленной грыжи, если факт ущемления не вызывал сомнения, а длительность ущемления составляла 2 ч и более, больного направляют в операционную для диагностической лапароскопии.

Объем оперативного вмешательства определяется характером патологических изменений ущемленного органа, обнаруженных во время операции.

При неосложненных ущемленных грыжах и благоприятных условиях возможно выполнение пластики без натяжения с использованием сетчатых эксплантатов.

В. М. Седов представил сообщение по ОКН. По этиологии наиболее часто встречается спаечная непроходимость (78,2%), реже — странгуляционная (15,6%), обтурационная (6,2%). По уровню ОКН преобладает низкая тонкокишечная (57,4%), реже — высокая (27,3%), толстокишечная (9,1%), смешанная (6,3%). Спаечная непроходимость без странгуляции встречается в 2 раза чаще, чем со странгуляцией (68% против 32%). Обсуждены патогенез, фазы течения, рентгенологические данные, возможности УЗИ, КТ. Особое место отведено диагностической и лечебной лапароскопии. Показаниями к экстренной операции названы разлитой перитонит, клинические признаки интоксикации и дегидратации, странгуляционная форма ОКН. Направления консервативной терапии: декомпрессия желудочно-кишечного тракта, заместительная терапия, лечение энтеральной недостаточности и эндотоксикоза. К декомпрессии желудочно-кишечного тракта автор относит традиционные методы: назогастральное дренирование, очистительные и сифонные клизмы. Современным методом декомпрессии при обтурационной толстокишечной непроходимости является эндоскопическое стентирование толстой кишки. К предоперационным мероприятиям относятся воздействие на вегетативную нервную систему, декомпрессия желудочно-кишечного тракта, коррекция водно-электролитного равновесия, детоксикация, лечение энтеральной недостаточности. Задачами оперативного лечения являются установление причины и уровня непроходимости, проведение новокаиновой блокады брыжейки (кроме опухолевых поражений), устранение непроходимости, определение жизнеспособности кишки и определение показаний к ее резекции, установление границ резекции и выполнение ее, опорожнение приводящей кишки, при

необходимости — обеспечение продленной декомпрессии кишечника, санация и дренирование брюшной полости. Кроме общеизвестных признаков нежизнеспособности кишки, следует использовать интраоперационную доплерографию сосудов брыжейки, лазерную доплеровскую флоуметрию стенки кишки. Задачами операции при спаечной непроходимости являются крайняя осторожность при выполнении доступа и умеренность при рассечении спаек. Массивный спаечный процесс почти всегда требует продленной декомпрессии кишечника, функции энтеропликации берет на себя каркасное дренирование кишечника. Полезны любые методы профилактики спайкообразования [щадящая техника операции, противоспаечные растворы, барьерные препараты (сухие и гелевые)]. При странгуляционной непроходимости задачами операции являются максимально быстрое устранение странгуляции, профилактика реперфузионного повреждения, оценка жизнеспособности кишки, решение вопроса о необходимости резекции, выбор объема резекции. Методами профилактики реперфузионного повреждения являются посткондиционирование и регионарная перфузия. При обтурационной непроходимости приоритетной задачей является устранение непроходимости. По показаниям выполняются одноэтапные операции, при перитоните и реальной угрозе несостоятельности — многоэтапные операции. При смешанной непроходимости производятся дезинвагинация, мезосигмопликация. Показание к резекции кишки — некроз. Подвергающаяся критике продленная декомпрессия тонкой кишки ограничивается следующими показаниями: выраженная энтеральная недостаточность, формирование межкишечных анастомозов и зашивание ран кишки в условиях ОКН, обширный спаечный процесс, операция по поводу ранней послеоперационной ОКН, релапаротомия при ОКН. Следует поощрять применение лапароскопии. В послеоперационном периоде проводится возмещение ОЦК, коррекция электролитного и белкового состава крови, лечение эндотоксикоза, в том числе обязательная антибактериальная терапия, восстановление моторной, секреторной и всасывательной функций кишки.

Академик РАМН проф. С. Ф. Багненко, проф. В. Г. Вербицкий сделали сообщение о перфоративных гастродуоденальных язвах (ПЯ).

Протоколы организации лечебно-диагностической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости, утвержденные приказом Комитета по здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга в январе 2001 г., главной целью операции при ПЯ определяют спасение жизни больному, поэтому большинству пациентов показано простое ушивание.

Требуют обсуждения и уточнения следующие вопросы. Паллиативное ушивание или радикальная операция? Лапароскопическое вмешательство или лапаротомия? Радикальное вмешательство: резекция или ваготомия с пилоропластикой?

По опыту большинства зарубежных клиник лапароскопическое ушивание ПЯ признается первичным и предпочтительным методом лечения [Bertleff M. J., Lange J. F., 2010]. По данным литературы, такие факторы, как длительность перфорации более 24 ч, шок при поступлении, тяжелые сопутствующие заболевания (ASA III–V степени) и возраст более 70 лет (2–3 балла по шкале J. Voeu, 1987), определяют высокую частоту осложнений и летальность и должны считаться противопоказаниями для лапароскопического вмешательства. Резекция желудка, главным образом Бильрот-II, с или без ваготомии, показана менее чем в 10%

случаев [Blomgren L. G.M. и соавт., 1997; Hermansson M. и соавт., 1997, 1999].

Относительно выполнения первично радикальных операций у больных с ПЯ в отечественной литературе единого мнения не существует. М. А. Евсеев и соавт. (2011) обосновывают необходимость расширения показаний к резекции желудка (до 30%), поскольку распространенность серозно-фибринозного перитонита не влияет на результаты радикального вмешательства. По данным А. С. Ермолова и соавт. (2011), в НИИСП им. Н. В. Склифосовского лапароскопическое ушивание пилородуоденальных ПЯ с последующей противоязвенной терапией выполнено 6% больных в 2001 г. и 87% пациентов в 2010 г., с частотой конверсии до 14%.

Типичная клиническая картина (внезапное появление острой «кинжальной» боли в животе, язвенный анамнез, выраженные признаки раздражения брюшины, исчезновение печеночной тупости), обзорная рентгенография живота (свободный газ) и диагностическая фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) перед попыткой лапароскопического ушивания ПЯ в большинстве случаев позволяют установить диагноз ПЯ, что является абсолютным показанием к экстренному оперативному вмешательству в течение 2 ч с момента поступления в хирургический стационар.

В сомнительных случаях [атипичная перфорация, прикрытая перфорация, сочетание осложнений язвенной болезни (ЯБ)] обследование должно включать ФГДС с повторным рентгенологическим исследованием (пневмогастрография), а в неясных случаях — диагностическую лапароскопию.

Требуют обсуждения клинические факторы, являющиеся противопоказанием к лапароскопическому ушиванию ПЯ: сроки перфорации более 24 ч (12 ч?), возраст более 70 лет, тяжелое общее состояние (ASA III–V степени) с учетом сопутствующей патологии (цирроз, диабет, органная недостаточность), нарушения гемодинамики (шок) при поступлении, клиника сочетания осложнений язвенной болезни (ЯБ), множественные послеоперационные рубцы передней брюшной стенки.

Интралапароскопическими показаниями к конверсии при ПЯ могут быть распространенный фибринозно-гнойный перитонит (необходимость назоинтестинальной интубации), инфильтрация стенки в области перфорации (более 3 см) с диаметром перфорации более 1 см, сочетание различных осложнений ЯБ, локализация язвы в недоступной для ушивания зоне.

Принципы лечения после ушивания должны включать декомпрессию желудка до разрешения пареза, инфузионно-трансфузионную терапию, применение ингибиторов протонной помпы, профилактику тромбоэмболических осложнений и антибиотикотерапию.

Основная задача оперативного вмешательства при ПЯ состоит в спасении жизни пациента путем выполнения адекватного состояния больного объема операции, позволяющего устранить источник и создать условия для регресса перитонита, а также при лапаротомии, по возможности, излечить его от язвы желудка, двенадцатиперстной кишки. Выбор хирургической тактики лечения при лапаротомии у больных с ПЯ должен быть направлен на выполнение по возможности радикальной операции. Операцией выбора при язве желудка является его резекция, при язвах двенадцатиперстной кишки и пилорического отдела желудка — стволовая ваготомия с иссечением язвы и дренирующими желудок вмешательствами, альтернативная операция — резекция желудка.

Если выявлена инфицированность *H. pylori* цитологическим и(или) уреазным методами, целесообразно начать курс эрадикационной терапии: в дополнение к омепразолу (80 мг/сут) — кларитромицин по 500 мг 2 раза в сутки и амоксициллин по 1000 мг 2 раза в сутки.

М. П. Королёв сообщил о лечении кровоточащих язв. Среди всех источников желудочно-кишечного кровотечения гастродуоденальные язвы составили 38,2%. В 2009–2010 гг. наблюдали соответственно 1500–1270 больных. Из них оперировано 23,73–24,72%. В 2010 г. общая летальность составила 3,94%, послеоперационная — 7,32%, у неоперированных — 2,82%. Тактику лечения следует основывать на международных клинических рекомендациях по ведению пациентов с неварикозными кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Методами лечения являются эндоскопический гемостаз, медикаментозная терапия и хирургическое вмешательство. Оценку эндоскопических изменений необходимо оценивать по Forrest (1974). На вопрос об устойчивости гемостаза эндоскопист отвечать не должен (процесс многофакторный). Введение в практику эндоскопического гемостаза сопровождалось значительным снижением частоты резекций желудка. К медикаментозной терапии относятся подавление желудочной

секреции (ингибиторы протонной помпы по предложенной схеме), восполнение объема циркулирующей крови, коррекция углеводного обмена, улучшение реологических свойств крови. Реологические свойства крови обеспечиваются плазмозаменяющей терапией, в частности введением раствора реополиглюкина в течение 5–10 дней, дезагрегантной терапией [инфузии раствора пентоксифиллина (трентала) в течение 5 дней], низкомолекулярных гепаринов, в частности клексана (эноксапарина) в течение 5–10 дней. Решение об операции должно приниматься своевременно: при второй–третьей волнах кровотечения летальность составляет 19–27%.

Н. А. Майстренко представил краткое сообщение об организации регионального отделения Российского общества хирургов.

Важный и интересный доклад сделал А. В. Кочетков по вопросам качества оказания экстренной медицинской помощи.

Состоялась краткая деловая дискуссия, в которой обсуждались вопросы внедрения лапароскопических методик, организации скорой помощи, учета компартмент-синдрома в клинике «острого живота» и др.

Поступила в редакцию 08.02.2012 г.