



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

## **Скорая медицинская помощь при остром животе**

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП50**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

**АВТОР:** А.А. Захаренко, заведующий отделением онкологии клиники факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ:**

Клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости.

Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удается установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
R10.0	Острый живот

### **КЛАССИФИКАЦИЯ**

Острый живот не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удаётся установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной доставки больного в стационар.

Клиническую картину острого живота могут обусловить:

1. Повреждения органов брюшной полости.
2. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), в том числе перитонит.
3. Перфорация полого органа.
4. Механическая кишечная непроходимость.
5. Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.
6. Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и в полость брюшины.
7. Острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника.

Основные **клинические признаки** острого живота: боль в животе, тошнота, рвота, анемия и шок (септический, травматический, геморрагический).

- Висцеросоматическая боль при воспалении органа.
- Острая спазматическая боль при обтурации полого органа (кишечник, желчные протоки) .
- Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

## **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

### **Диагностика (D,4).**

На догоспитальном этапе ведущее значение имеют:

- Анамнез: время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура; перенесенные в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота.
- Объективный осмотр: вынужденное положение больного; беспокойство больного, меняет позу; адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заостренные черты лица, сухость слизистых оболочек полости рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь).
- Температура: подмышечная и ректальная.
- Показатели гемодинамики: пульс, артериальное давление, аускультация сердца.
- Исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объем живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок) .

### **Лечение и показания к доставке пациента в стационар (D,4).**

Для определения показаний к срочной доставке пациента в стационар достаточно установить, имеются ли признаки острого воспаления одного из органов брюшной полости, перитонита или кровотечения.

Нельзя вводить анальгетики, так как под их воздействием может измениться клиническая картина заболевания, что значительно затрудняет диагностику и может привести к задержке оперативного лечения.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого живота являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой помощи в положении лежа на носилках.

При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствор папаверина гидрохлорида 2% - 2 мл). При рвоте показана установка желудочного зонда.

При развитии септического или геморрагического шока начать проведение соответствующей интенсивной терапии (см. клинические рекомендации (протокол) оказания скорой медицинской помощи при шоке).

## **ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

Всех больных, поступающих в СтОСМП с диагнозом острый живот, делят на две группы:

- пациенты с признаками одной или более органических дисфункций («тяжёлые» больные);
- пациенты без признаков органических дисфункций («нетяжёлые» больные)

«Тяжёлые» больные для дальнейшего обследования и лечения направляются в ОРИТ, минуя СтОСМП.

### **Протоколы обследования «нетяжёлой» группы больных в СтОСМП (D,4):**

1. Сбор анамнеза, объективный осмотр.
  2. Производится термометрия.
  3. Лабораторные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, коагулограмма, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, средние молекулы, хемолуминисценция, глутатиопироксидаза и супероксиддисмутаза.
  4. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ФКС (по показаниям), ЭКГ.
  5. Консультации специалистов по показаниям (врача-уролога, врача-акушер-гинеколога)
- В процессе обследования в СтОСМП или ОРИТ уточняется и формулируется предварительный диагноз пациента.
  - Дальнейшая тактика ведения пациента определяется согласно протоколам оказания медицинской помощи при соответствующем диагнозе.

### **Рекомендации:**

- Всем больным с подозрением на хирургические заболевания органов брюшной полости (острый живот), необходима ранняя консультация врача-хирурга для принятия решения об экстренном оперативном лечении (С, 2+).
- В случае острой хирургической патологии эффективность лечения может быть оценена только на стационарном этапе (D, 3).
- При решении вопроса о проведении консервативной терапии необходимо проводить динамическое наблюдение включающее в себя: клинический анализ крови, биохимический анализ крови (амилаза, щелочная фосфатаза при остром панкреатите), УЗИ брюшной полости, малого таза, почек (С, 2+).

- При невозможности исключить острой хирургическое заболевание брюшной полости, либо отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии должно приниматься решение в пользу оперативного лечения- лапароскопическая диагностика (B, 1+).

#### Литература:

1. Баранов Г.А., Белокуров Ю.Н. Основные вопросы рутинной лапароскопии в экстренной хирургии // Эндоскоп, хир. 2001. - №3. -С.28
2. Борисов А.Е., Федоров А.В., Земляной В.П. и др. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. СПб.: Предприятие ЭФА, 2000. - 164 с.
3. Кригер А.Г., Шуркалин Б.К., Шогенов А.А., Ржебаев К.Э. Лапароскопия в диагностике острого аппендицита // Хирургия. 2000. -№8. - С.14-19.
4. Синенченко Г. И., Курыгина А. А., Багненко С. Ф. Хирургия острого живота: руководство. – СПб.: ЭЛБИ, 2007.
5. Bachar I, Perry ZH, Dukhno L, Mizrahi S, Kirshtein B.Diagnostic Value of Laparoscopy, Abdominal Computed Tomography, and Ultrasonography in AcuteAppendicitis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2013 Oct 17.
6. Ning N, Xia SY, Ma B, Li R, DU XH. Application of laparoscopic technique in acute abdomen of gastrointestinal surgery. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2013 Oct;16(10):960-2.
7. Petit JS, Pintault A, Rio C, Lepousé C, Leon A, Malinosky JM. Tamponade a rare cause of shock in patients with pancreatitis: Difficulty of diagnostic in patients with positive pressure ventilation. Ann Fr Anesth Reanim. 2013 Oct 22. doi:pii: S0750-7658.

#### Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

#### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок

1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

### Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
А	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или

	экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+