



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

« 19 » 10

№ 807-ОД

г. Тирасполь

Об утверждении Клинических рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
«Прободная язва»

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июля 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), от 28 октября 2022 года № 402 (САЗ 22-43), от 9 ноября 2022 года № 411 (САЗ 22-44), от 23 декабря 2022 года № 485 (САЗ 23-1), от 19 января 2023 года № 15 (САЗ 23-3), от 16 февраля 2023 года № 55 (САЗ 23-7), от 31 мая 2023 года № 186 (САЗ 23-22), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный номер № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 15 октября 2021 года № 759 (регистрационный номер № 10571 от 4 ноября 2021 года) (САЗ 21-44), в целях повышения качества оказания медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Прободная язва» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Руководителям подведомственных лечебных учреждений принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Прободная язва», утвержденные настоящим Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

Кацавель О.Н.,
0(533) 9 44 88

К.В. Албул

А.Н.Г.В.

Клинические рекомендации

«Прободная язва»

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10): K25.1, K25.2, K25.5, K25.6, K26.1, K26.2, K26.5, K26.6

Возрастная категория: Взрослые

Год утверждения (частота пересмотра): 2022 год (пересмотр 1 раз в 5 лет)

Оглавление

1. Краткая информация	5
1.1. Определение	5
1.2. Этиология и патогенез.....	5
1.3. Эпидемиология	5
1.4. Кодирование по МКБ 10	5
1.5. Классификация.....	6
1.6. Клиническая картина.....	6
2. Диагностика	8
2.1. Жалобы и анамнез.....	8
2.2. Физикальное обследование	9
2.3. Лабораторная диагностика	9
2.4. Инструментальная диагностика	9
2.5. Иная диагностика.....	11
3. Лечение.....	11
3.1. Консервативное лечение.....	12
3.2. Хирургическое лечение.....	12
3.2.1 Предоперационная подготовка.....	12
3.2.2. Хирургическое лечение.....	14
3.2.3. Малоинвазивное лечение.....	16
3.2.4. Послеоперационное ведение.....	17
3.3. Иное лечение	18
4. Реабилитация	18
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	19
6. Организация медицинской помощи	20
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	20
Список литературы.....	22
Приложение А1. Состав Рабочей группы.....	31
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	32
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	38
Приложение В. Информация для пациента	39
Приложение Г. Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте клинических рекомендаций	40

Список сокращений

АД – Артериальное давление

БСДК – большой сосочек двенадцатиперстной кишки

в/в – внутривенно

ВИЧ – Вирус иммунодефицита человека

в/м – внутримышечно

ДПК – двенадцатиперстная кишка

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ИПП – ингибитор протонной помпы

КТ – компьютерная томография

МКБ 10 – Международная классификация болезней 10 пересмотра

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПЯ – прободная язва

РФ – Российская Федерация

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЧСС – частота сердечных сокращений

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЯБ – Язвенная болезнь

ASA – American Association of Anaesthetists (Шкала Американской Ассоциации Анестезиологов)

EAES – European Association for Endoscopic Surgery and other interventional techniques (Европейское общество эндоскопических хирургов)

ERAS – Enhanced recovery after surgery (ранняя реабилитация после хирургического лечения)

FTS – Fast track surgery (хирургия быстрого восстановления)

УУР – Уровень убедительности рекомендаций

УДД – Уровень достоверности доказательств

Термины и определения

Язва желудка – поражение слизистой оболочки желудка, с образованием дефекта (язвы), которое может распространиться на более глубокие слои его стенок.

Язва двенадцатиперстной кишки – поражение слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, с образованием дефекта (язвы), которое может распространиться на более глубокие слои её стенок.

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

Язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

Прикрытая перфорация язвы – язва с перфоративным отверстием, как правило, небольшого диаметра (до 0,3-0,5 см), прикрытая частицей пищи или фибрином, нижней поверхностью печени, прядью сальника, стенкой ободочной кишки.

Пенетрация язвы – глубокий дефект, поражающий стенку желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением в смежные органы, чаще в печень или в поджелудочную железу.

Стеноз двенадцатиперстной кишки – полное или частичное сужение просвета двенадцатиперстной кишки, в результате чего возникает её непроходимость.

Острая прободением язва с кровотечением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость и кровотечением из аррозированного сосуда в брюшную полость или в просвет органа.

Эрадикация – лечение, направленное на уничтожение инфекции.

Хирургическое вмешательство – инвазивная процедура, может использоваться в целях диагностики и/или как метод лечения заболеваний.

Хирургическое лечение – метод лечения заболеваний путём разъединения и соединения тканей в ходе хирургической операции.

Уровень достоверности доказательств – отражает степень уверенности в том, что найденный эффект от применения медицинского вмешательства является истинным.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

1.2. Этиология и патогенез

Основной причиной острой или хронической язв желудка или двенадцатиперстной кишки является наличие *Helicobacter pylori* (H. pylori). Инфекционная этиология язвенной болезни подтверждается в среднем у 60–70% больных [1,2]. Факторы риска развития прободной язвы многообразны, но не всегда имеют доказательную базу.

1.3. Эпидемиология

Прободная язва (ПЯ) развивается у 2% - 10% больных язвенной болезнью (ЯБ). На протяжении последних 20 лет заболеваемость ПЯ колебалась от 11,7 до 25,9 на 100 тысяч населения. Такая ситуация сохраняется на фоне возросшей эффективности противоязвенной терапии при хроническом течении заболевания [3,4].

В Европе заболеваемость ПЯ за последний 10-летний период снизилась с 9,7 до 5,6 на 100 тысяч населения [2,5]. В России за этот же период заболеваемость ПЯ снизилась с 26,9 до 17,1 на 100 тысяч населения. В 2018 году в федеральных округах Российской Федерации (РФ) заболеваемость ПЯ колебалась от 11,7 человек до 19,5 человек на 100 тысяч населения.

Соотношение мужчин и женщин при ПЯ составляет 2:1. Основная часть больных — лица молодого и среднего возраста [2,5,6,8].

Послеоперационная летальность при ПЯ в 2018 году в регионах РФ колебалась от 1,45 % до 23,6%, а при поступлении в стационар позже 24 часов, показатель возрастал до 100 %. Госпитальная летальность в целом по ПМР при ПЯ в 2018 году составила 9,88%, а при поздней госпитализации - 24,59%; послеоперационная летальность, соответственно, 9,09% и 25,39% [7].

1.4. Кодирование по МКБ 10

Язва желудка (K25):

K25.1 – Острая с прободением;

K25.2 – Острая с кровотечением и прободением;

K25.5 – Хроническая или не уточненная с прободением;

K25.6 – Хроническая или не уточненная с кровотечением и прободением.

Язва двенадцатиперстной кишки (K26):

К26.1 – Острая с прободением;

К26.2 – Острая с кровотечением и прободением;

К26.5 – Хроническая или не уточненная с прободением;

К26.6 – Хроническая или не уточненная с кровотечением и прободением.

1.5. Классификация

В России наиболее простой и удобной для практического использования является классификация ПЯ, предложенная В.С. Савельевым в 2005 году [10]. Основные классификационные характеристики ПЯ по В.С. Савельеву, с дополнениями 2015 года:

1. По этиологии: прободение хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой или др.);

2. По локализации:

а) язвы желудка (с указанием анатомического отдела);

б) язвы двенадцатиперстной кишки (ДПК) (с указанием анатомического отдела);

3. По клинической форме:

а) прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое);

б) атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в изолированную спайками полость);

в) сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация);

4. По выраженности перитонита.

1.6. Клиническая картина

Характерными клиническими признаками ПЯ являются:

1. Острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе (симптом Дьелафуа).

2. Напряжение мышц живота («доскообразный живот»).

3. Боль при пальпации живота.

Положение пациента, вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ.

Показатели артериального давления (АД) и ЧСС будут зависеть от давности заболевания.

Передняя брюшная стенка напряжена («доскообразное» напряжение), в первый час заболевания отмечается резкая боль в эпигастрии и мезогастррии – 92% [11].

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского – 98%.

При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (симптом Кларка) и появление высокого тимпанита над печенью (симптом Спигарного) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определяются притупление или тупость перкуторного звука (симптом Де Кервена).

Результаты физикального обследования могут быть противоречивыми, так как симптомы перитонита наблюдаются у 35% -50% пациентов с ПЯ. Чаще это происходит при прикрытой перфорации язвы или у пациентов с атипичной локализацией процесса. Боль в животе менее выражена при перфорации язв задней стенки двенадцатиперстной кишки и кардиального отдела желудка, когда его содержимое попадает в забрюшинную клетчатку или сальниковую сумку [12,13,14,15].

Перфорация задней стенки нижнего отдела 12-перстной кишки

Этот вид перфорации встречается очень редко. Дуоденальное содержимое попадает не в свободную брюшную полость, а в забрюшинную клетчатку. Клинически этот вариант проявляется внезапными и очень резкими болями в подложечной области, иррадирующими в спину. В дальнейшем интенсивность боли ослабевает. В течение первых двух суток формируется забрюшинная флегмона, основными признаками которой являются лихорадка с потрясающими ознобами, болезненная припухлость справа от позвоночника на уровне X-XII грудного позвонков. При пальпации в области этой припухлости определяется крепитация, а при рентгенологическом исследовании — газ (важнейший диагностический признак).

Прикрытая перфорация язвы

Прикрытой называется такая перфорация, при которой прободное отверстие после истечения в брюшную полость некоторого количества желудочного содержимого прикрывается чаще всего сальником или стенкой другого органа (печень, кишка). Прикрытая перфорация язвы желудка встречается в 2-15% всех прободений. Прикрытие перфоративного отверстия возможно лишь при наличии следующих условий:

- малый диаметр перфоративного отверстия;
- незначительное наполнение желудка в момент перфорации;
- близость прободного отверстия к печени, сальнику, кишечнику, желчному пузырю.

В клинической картине прикрытого прободения различают три фазы: прободение язвы, затихание клинической симптоматики, фазу осложнений.

- Первая фаза — прободение язвы — начинается внезапно, с интенсивной («кинжальной») боли в эпигастрии, которая может также сопровождаться коллапсом. Развивается напряжение мышц передней брюшной стенки, но оно имеет, как правило, локальный характер (в эпигастрии или в верхней половине живота).

Затем развивается вторая фаза — затихание клинической симптоматики. Перфоративное отверстие прикрывается, острые явления первой фазы затихают, уменьшается боль и напряжение мышц передней брюшной стенки. Однако у многих больных в этой фазе может сохраняться болевой синдром, хотя интенсивность его значительно ослабевает. Характерно отсутствие свободного газа в брюшной полости.

В третьей фазе развиваются осложнения — ограниченные абсцессы брюшной полости, а иногда — разлитой перитонит.

В некоторых случаях прикрытая перфорация не диагностируется, а принимается за обычное обострение язвенной болезни.

При перфорации язвы между листками малого сальника клиническая симптоматика развивается медленно, боли достаточно интенсивные, появляется клиника формирующегося абсцесса малого сальника — снова усиливается локальная боль, пальпируется ограниченный воспалительный инфильтрат (в проекции прикрытой перфорации). Инфильтрат выявляется при ультразвуковом исследовании брюшной полости.

2. Диагностика

Диагноз перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки устанавливается на основании:

- 1) анамнестических данных (характерные жалобы на внезапно возникшую острую «кинжальную» боль в эпигастриальной области, язвенный анамнез);
- 2) физикального обследования (напряжённость мышц брюшной стенки, выраженная болезненность при пальпации);
- 3) инструментального обследования (наличие свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов обследования, визуализация язвенного дефекта с перфорацией при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС)[1,28,10,11].

Комментарии: Диагностика ПЯ относится к экстренным мероприятиям [1,28,10,11]. Максимальное выделяемое время для постановки диагноза в приемном отделении – 2 час.

2.1. Жалобы и анамнез

• Врачу при опросе больного с подозрением на ПЯ рекомендуется обратить внимание на наличие симптома Дьелафуа (острую «кинжальную» боль в животе) и язвенный анамнез [11,17,]

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: внезапно возникшая интенсивная «кинжальная» боль связана с прорывом содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость и раздражением брюшины.

2.2. Физикальное обследование

• При физикальном осмотре пациента с подозрением на ПЯ рекомендовано обратить внимание на выраженную болезненность при пальпации передней брюшной стенки, «доскообразное» напряжение мышц живота [11,17,41].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Рефлекторное напряжение брюшной стенки и болезненность при её пальпации связано с раздражением брюшины при проникновении содержимого желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в брюшную полость. Указанные симптомы позволяют заподозрить перфорацию язвы, однако только инструментальные методы исследования позволяют верифицировать диагноз. Другие характерные симптомы, выявляемые при перфоративной язве желудка и ДПК, описаны в разделе 1.6 настоящих рекомендаций.

2.3. Лабораторная диагностика

• Всем пациентам с подозрением на ПЯ рекомендуется выполнять стандартный набор лабораторных исследований (общеклинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, включая глюкозу, билирубин, креатинин, амилазу крови) [10,11,13,15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарии: Изменения лабораторных показателей при ПЯ неспецифичны, однако врачу следует обратить внимание на наличие лейкоцитоза и повышение уровня амилазы, которые могут наблюдаться при перфорации язвы.

2.4. Инструментальная диагностика

Инструментальные методы обследования позволяют выявить характерные признаки ПЯ: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, наличие и локализацию язвы и прободное отверстие.

• Всем пациентам с подозрением на ПЯ рекомендуется выполнить обзорную рентгенографию грудной клетки и брюшной полости для обнаружения свободного газа [12-17].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Диагностическая точность обзорной рентгенографии варьирует от 30% до 85%. Исследование проводится в вертикальном положении. Газ в свободной брюшной полости встречается в виде серповидной прослойки между диафрагмой и печенью, диафрагмой и желудком. При тяжелом состоянии больного исследование можно провести в положении на боку. Но и отрицательный рентгеновский снимок не исключает возможной перфорации. В связи с этим ряд авторов считают, что в случае явных признаков перитонита первым из рентгенологического исследования должна быть компьютерная томография (КТ) брюшной полости.

Всем пациентам с подозрением на ПЯ при негативном рентгенологическом исследовании или невозможности проведения КТ рекомендуется проведение ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости для выявления свободного газа и свободной жидкости в брюшной полости.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: УЗИ органов брюшной полости имеет высокую совокупную диагностическую точность при ПЯ – 91%. При УЗИ можно выявлять утолщенный (пониженной эхогенности) участок стенки органа, содержащей перфорацию. Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования "рыбьего глаза" (по Т. Yoschizumi). При подозрении на прикрытую перфорацию совокупная ценность УЗИ составляет: диагностическая точность – 80,0%, специфичность – 85,7%, чувствительность – 66,7%. Однако роль УЗИ в диагностике ПЯ нуждается в уточнении.

• Всем пациентам с подозрением на ПЯ при не информативности других диагностических методов и при наличии технической возможности в медицинской организации рекомендуется проведение КТ брюшной полости [12,15,18,20].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: КТ брюшной полости при ПЯ имеет высокую диагностическую точность - 98% [12,15,18,19]. КТ позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие [12,15,18-21].

- Пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии признаков свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов исследования рекомендуется пероральное введение водорастворимого контрастного препарата или нагнетания воздуха через назогастральный зонд с проведением повторного рентгенологического исследования (обзорный снимок брюшной полости) с целью выявления затёков контрастного вещества за пределы ЖКТ или появления серпа воздуха в поддиафрагмальном пространстве [15,20].

- ЭГДС рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита, отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума) и для диагностики других осложнений ЯБ (кровотечение, стеноз пилорoduоденальной зоны) [30].

- Диагностическая лапароскопия рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при отсутствии свободного газа в брюшной полости, но при сохраняющихся подозрениях на перфорацию полого органа [15,26-29].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: ЭГДС позволяет установить наличие прободной язвы в 90% случаев [30]. В случаях прикрытой перфорации, при отсутствии свободного воздуха в брюшной полости по данным лучевых методов исследования, при ЭГДС можно обнаружить язвенный дефект с перфорацией, а при повторном рентгенологическом исследовании после ЭГДС – возможно появление признаков свободного воздуха в брюшной полости. Кроме того, эндоскопия также позволяет выполнить биопсию и исключить стеноз пилорoduоденальной зоны.

- При лапароскопии можно выявить характерный перитонеальный экссудат с примесью желудочного содержимого или желчи, обнаружить перфоративное отверстие, уточнить его локализацию, размеры, выраженность язвенного инфильтрата, оценить наличие, распространённость и выраженность перитонита. Диагностическая лапароскопия может быть трансформирована в лечебную операцию.

2.5. Иная диагностика

Иная диагностика в настоящее время не актуальна.

3. Лечение

Показанием для начала лечения пациента с ПЯ является установленный диагноз ПЯ желудка или ДПК.

- Пациентам с диагностированной ПЯ рекомендуется экстренное хирургическое лечение.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

- Лечение пациентов с ПЯ предусматривает максимально раннее ушивание прободного отверстия или удаление язвы с прободным отверстием, предотвращение рецидива язвы и профилактику возможных осложнений операции. Вопрос о выборе хирургического метода лечения зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания у конкретного больного [4,5,8,14,15,28].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

3.1. Консервативное лечение

- Консервативное лечение пациентов с ПЯ не рекомендуется по истечению 24 - часов после наступившей перфорации с ее прикрытием и образованием подпеченочного инфильтрата. В таких случаях рекомендуется лапароскопия с целью исключения разлитого перитонита, подведение местно микроиригатора для введения антибиотиков [14,15,32-34,] а также носо-желудочная аспирация через постоянный зонд, антибактериальная и инфузионная терапия в достаточном объеме.

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств - 2).

Комментарии: Консервативное лечение ПЯ, известное в медицинской литературе как метод Тейлора (1946) не получило широкого признания среди отечественных хирургов. Между тем, метод Тейлора за рубежом включен в лечебные протоколы и применяется в исключительных случаях прикрытой перфорации, подтвержденной по данным КТ с пероральным контрастированием. В России консервативный метод лечения ПЯ применяется только при категорическом отказе пациента и родственников от операции или невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента, при наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению.

Метод Тейлора – активная назогастральная аспирация желудочного содержимого, антибактериальная, антисекреторная, дезинтоксикационная терапия и анальгезия.

Установлено, что каждый час задержки от поступления до операции снижает вероятность выживания на 2,4% по сравнению с предыдущим часом [34].

3.2. Хирургическое лечение

3.2.1 Предоперационная подготовка

- Пациентам с ПЯ рекомендовано провести предоперационную подготовку, включающую эмпирическое назначение антибиотиков, коррекцию органной дисфункции,

вызванную сопутствующими заболеваниями, установку назогастрального зонда для эвакуации содержимого желудка, гигиеническую подготовку области оперативного вмешательства [8,10,35-40].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Рекомендуется оценка состояния пациентов с ПЯ с целью своевременного выявления сепсиса для предотвращения прогрессирования органной дисфункции и снижения смертности [15].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2).

- Пациентам с ПЯ с клинико-лабораторными признаками сепсиса, в состоянии декомпенсации сопутствующих заболеваний рекомендовано проведение предоперационной подготовки в условиях отделения реанимации с целью снижения смертности. Целевыми физиологическими показателями являются: САД среднее ≥ 65 мм рт. ст., темп диуреза $\geq 0,5$ мл/кг/час. [35-40].

- После операции пациентам с ПЯ рекомендован короткий курс антибиотикотерапии (в течение 3-5 суток или до нормализации маркеров воспаления) с целью предотвращения развития антибиотикорезистентности бактериальных штаммов [15].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии:

1) Ориентировочные схемы эмпирической антибиотикотерапии у пациентов с абдоминальной инфекцией в стабильном состоянии и сохранной функцией почек:

- цефтриаксон 2 г через 24 часа + метронидазол 500 мг через 6 часов или цефотаксим 2 г через 8 часов + метронидазол 500 мг через 6 часов;

- у пациентов с аллергией на бета-лактамы: ципрофлоксацин 400 мг через 8 часов + метронидазол 500 мг через 6 часов;

- пациенты с риском инфицирования энтеробактериями, продуцирующими расширенный спектр бета-лактамаз: эртапенем 1 г каждые 24 часа или тигециклин 100 мг в начальной дозе, затем 50 мг каждые 12 часов.

2) Ориентировочные схемы эмпирической антибиотикотерапии у пациентов с абдоминальной инфекцией в критическом состоянии и сохранной функцией почек:

- пиперациллин/тазобактам 4,5 г каждые 6 часов или цефепим 2 г каждые 8 часов + метронидазол 500 мг каждые 6 часов;

- пациенты с риском инфицирования энтеробактериями, продуцирующими расширенный спектр бета-лактамаз: меропенем 1 г через 8 часов или дорипенем 500 мг через 8 часов или имипенем / циластатин 1 г через 8 часов.

• Пациентам с ПЯ не рекомендовано рутинное назначение эмпирической противогрибковой терапии [15,41].

3.2.2. Хирургическое лечение

• При хирургическом лечении пациентов с ПЯ врачу-хирургу рекомендуется выбрать один из трех видов хирургических вмешательств: ушивание прободного отверстия, иссечение ПЯ или резекцию желудка. При этом необходимо стремиться к вмешательству минимального объема [10,15,17,42-50].

• У пациентов с ПЯ размером менее 2 см рекомендовано ушивание язвенного дефекта узловыми или П-образными швами. Аппликация пряди большого сальника при этом не является обязательной процедурой [15,47,48,50]. При ушивании ПЯ необходимость аппликации сальника к язвенному дефекту остаётся на усмотрение хирурга. Опубликованные ретроспективные исследования не могут доказать преимущество аппликации сальника при ушивании язвы. Указанный приём не имел преимуществ в частоте осложнений, продолжительности операции и времени стационарного лечения [15,47,48,50].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств - 1).

• В лечении пациентов с ПЯ диаметром более 2 см рекомендован индивидуальный подход, основанный на локализации язвы. В случае больших язв желудка, с подозрением на малигнизацию рекомендована клиновидная резекция со срочным гистологическим исследованием (при возможности). В случае больших язв двенадцатиперстной кишки рекомендуется иссечение язвы с пилоропластикой и трункулярная ваготомия.

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств - 3).

Комментарий: Ушивание прободного отверстия можно выполнить в большинстве случаев. Исключение составляют следующие ситуации:

1. прорезывание швов ушиваемых тканей, сомнения в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта;
2. стеноз пилорoduodenальной зоны;
3. прободение гигантской или пенетрирующей язвы;
4. подозрение на малигнизацию язвы.

Методы ушивания прободного отверстия:

1. ушивание узловыми или П-образными швами;
2. ушивание узловыми однорядными швами с подшиванием пряди сальника в виде плаща к линии шва;
3. ушивание узловыми однорядными швами с тампонированием перфорационного отверстия прядью сальника на ножке (операция Опеля-Поликарпова).

Ушивание ПЯ ДПК может быть дополнено ваготомией на усмотрение врача-хирурга [54 - 59]. Следует учесть, что применение эрадикации *Helicobacter pylori* в комбинации с инъекционной формой ингибитора протонной помпы в 1-е сутки после операции приносит эффект сопоставимый с применением ваготомии и может заменить её [60 - 67].

В выборе оптимальной тактики необходимо ориентироваться на локализацию, размеры язвенного дефекта, инфильтрата, наличие стеноза ДПК, владение врачом-хирургом навыков выполнения вмешательства.

При прободной каллёзной язве желудка диаметром более 2 см рекомендуется иссекать прободную язву желудка с зоной инфильтрации, а дефект в его стенке ушивать узловыми швами без сужения просвета желудка. Иссечение язвы желудка на малой кривизне или на большой кривизне, чаще всего, требует мобилизации желудка, как и при его резекции. Язву двенадцатиперстной кишки следует иссекать вместе с зоной инфильтрации [53,57].

При прободных каллезных язвах передней и задней стенок ДПК рекомендуется рассмотреть возможность выполнения иссечения язвы, пилоропластика и трункулярная ваготомия.

При невозможности устранения гигантских прободных язв (более 2 см), осложненных обширным плотным инфильтратом, в рамках одного вмешательства, рекомендуется разделить операцию на 2 этапа:

1й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2й этап – плановый, выполняется резекция желудка или гастрэктомия, с возможной резекцией вовлеченных в воспалительный процесс органов [12,15,68,69,70].

С точки зрения подавления желудочной кислотопroduкции к радикальным операциям относятся дистальная резекция в объеме не менее 2/3 желудка, и антрумэктомия с различными вариантами ваготомии. При анализе отдаленных результатов операций по шкале Visick установлено, что лучшие результаты лечения были получены после первичной резекции 2/3 желудка по Бильрот-I (95,2% больных) и антрумэктомии с передней селективной и задней стволовой ваготомией (95%), после

резекции желудка по Бильрот-II положительные результаты получены у 78,1% больных [70]. Условия для резекции желудка: компенсированное состояние больного и владение врачом-хирургом методикой резекции желудка [15,70].

При наличии ПЯ ДПК, осложнённой стенозом, рекомендуется прибегнуть к одному из перечисленных приёмов: ушить прободное отверстие с наложением обходного заднего гастроэнтероанастомоза на короткой петле; иссечь язву с выполнением пилоропластики по Финнею или выполнить резекцию желудка [13,15,68, 69,70]. Изолированное ушивание язвы ДПК на фоне ее стеноза приводит к развитию гастростаза и несостоятельности ушитого перфоративного отверстия.

При сочетании двух осложнений ЯБ - кровотечения и прободения язвы передней стенки ДПК, рекомендуется её иссечение и пилоропластика, при локализации язвы на задней стенке – гемостатический шов на язву и пилоропластика [15, 45, 56 - 59].

При невозможности ушить или иссечь ПЯ, а также выполнить резекцию желудка, рекомендуется ввести в прободное отверстие дренаж или катетер Петцера (18-20 номер по шкале Шарьера), герметизировать дренажный канал сальником, наружный конец трубки вывести через контрапертуру на переднюю брюшную стенку, эвакуировать экссудат и закрыть рану передней брюшной стенки или сформировать лапаростому [15,68,70]. В ближайшем послеоперационном периоде проконсультировать пациента в региональном хирургическом центре.

3.2.3. Малоинвазивное лечение

• У пациентов с ПЯ и стабильными показателями витальных функций рекомендуется выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом. Открытая операция рекомендуется при отсутствии лапароскопического оборудования или соответствующих навыков у врача-хирурга [15, 28, 29, 42, 44, 71-77].

Преимущества лапароскопического доступа: уменьшение болевого синдрома, уменьшение послеоперационных осложнений, уменьшение сроков лечения в стационаре.

Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы:

1. стабильное состояние пациента;
2. локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;
3. небольшие размеры прободного отверстия (менее 10 мм при язве желудка и менее 6 мм – при язве ДПК).

Противопоказания:

1. поздняя госпитализация (более 24 часов после начала заболевания) [78-83];
2. нестабильное состояние пациента;

3. труднодоступная локализация язвы;
4. подозрение на малигнизацию язвы;
5. каллезная язва;
6. перифокальное воспаление стенки органа до 10 мм;
7. вторичный разлитой гнойный перитонит, тяжёлый сепсис;
8. наличие сопутствующих заболеваний и состояний, препятствующих наложению карбоксиперитонеума.

Альтернативным вариантом лапароскопического ушивания ПЯ является лапароскопически ассистированное ушивание ПЯ, которое включает: диагностическую лапароскопию, удаление выпота и санацию брюшной полости; этап минилапаротомии и ушивание прободного отверстия, ушивание минидоступа; этап лапароскопической санации [11,13].

• Пациентам с ПЯ и нестабильными показателями витальных функций рекомендовано выполнение вмешательства через лапаротомный доступ [78 - 85].

Уровень убедительности рекомендации В (Уровень достоверности доказательств – 2).

3.2.4. Послеоперационное ведение

• В послеоперационном периоде пациентам с ПЯ рекомендуется проводить медикаментозную терапию, включающую антибиотикотерапию, симптоматическую анальгетическую, антисекреторную, инфузионную терапию [8, 10, 12, 14,15,60-67, 86-88].

Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарий: Антибиотикотерапия подразумевает продолжение эмпирической антибиотикотерапии по одной из схем, описанных в разделе 3.2.1. настоящих рекомендаций и назначенной в рамках предоперационной подготовки. При получении результатов микробиологического исследования перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам проводится коррекция антибиотикотерапии.

Антисекреторная терапия заключается в назначении ингибиторов протонного насоса (например, пантопразол по 40 мг в/в x 2 раза в сутки в течение всего периода госпитализации).

Послеоперационное ведение пациентов с нарушением витальных функций соответствует основным принципам ведения пациентов с сепсисом [35-40, 84,85].

При послеоперационном лечении пациентов с ПЯ за рубежом реализуют программу FTS (Fast track surgery) или ERAS (Enhanced recovery after surgery), основными

пунктами которых являются: коротко действующие анестетики в раннем послеоперационном периоде, ранняя реабилитация пациента, раннее начало послеоперационного перорального приема жидкости и пищи, раннее удаление мочевого катетера, отказ от использования назогастрального зонда [86,88]. Чаще такую программу назначают больным с местным не отграниченным перитонитом [67]. Выполнение программы контролируется в динамике, основным критерием её применения является раннее восстановление перистальтики кишечника. При ранних признаках осложнённого течения послеоперационного периода или при отсутствии перистальтики кишечника программа останавливается.

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ, рекомендуется проведение ежедневной оценки тяжести состояния [2,8,5,14].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4).

- В послеоперационном периоде пациенту, перенесшему хирургическое лечение ПЯ рекомендуется определение основных лабораторных показателей в динамике [2, 8, 5,14,15].

Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств – 4).

- В послеоперационном периоде у пациентов, перенесших вмешательство по поводу ПЯ рекомендован контроль и уход за дренажами брюшной полости, назогастральным или назоинтестинальным зондом, а также своевременное их удаление после восстановления перистальтики кишечника [2,8,5,14].

- Контроль дренажей брюшной полости подразумевает определение их функциональной способности, характера и объема отделяемого, удаление при отсутствии экссудата. При объеме отделяемого более 50,0 мл удаление дренажа не рекомендуется во избежание формирования абсцесса брюшной полости.

- После операции по поводу ПЯ при наличии тяжелых форм распространенного перитонита и сепсиса пациентов рекомендуется лечить в условиях реанимационного отделения [61, 65, 66].

3.3. Иное лечение

Иное лечение в настоящее время не актуально.

4. Реабилитация

- Всем пациентам, которым было выполнено хирургическое вмешательство по поводу ПЯ с целью заживления язвы рекомендуется: ограничение физической нагрузки в течение 1 месяца; лечебное питание - стол № 1; комплексное лечение у терапевта с

назначением противоязвенной терапии; повторная ЭГДС через 2-3 месяца после проведения противоязвенной терапии; после заживления язвы по данным ЭГДС разрешается проводить санаторно-курортное лечение [10,13,61, 62, 66].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

- Пациенту, прооперированному по поводу ПЯ, после выписки из стационара рекомендуется наблюдение у врача-хирурга и врача-гастроэнтеролога в поликлинике (продолжительность амбулаторного лечения и вопрос о трудоспособности решается индивидуально); диета №1 по М.И.Певзнеру, частое, дробное, щадящее питание; эрадикационная терапия после ушивания и иссечения язвы [61, 62, 64, 66].

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств – 1).

Комментарии: Согласно рекомендациям «Маастрихт-5» (Флоренция, 2015), если показатели резистентности к кларитромицину в регионе не превышают 10%, то в качестве схемы первой линии назначается стандартная тройная терапия без предварительного тестирования. Если показатели устойчивости находятся в пределах 10-50%, то вначале определяется чувствительность к кларитромицину с помощью молекулярных методов (полимеразная цепная реакция (ПЦР) в режиме реального времени). Подбирается одна из нижеприведенных схем:

Схема первой линии - тройная: пантопразол (40 мг х 2 раза в сутки, или 80 мг х 2 раза в сутки); кларитромицин (по 500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (по 1000 мг 2 раза в сутки) – 7-14 дней.

Схема второй линии: 1 вариант - квадротерапия: висмут трикалия дицитрата (120 мг 4 раза в сутки); пантопразол (40 мг х 2 раза в сутки); тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки); метронидазол (по 500 мг 3 раза в сутки); **2 вариант – тройная терапия:** пантопразол (40 мг х 2 раза в сутки); левофлоксацин (в дозе 500 мг 2 раза в сутки); амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки) **Схема третьей линии** основывается на определении индивидуальной чувствительности *H.pylori* к антибиотикам. Контроль эрадикации после курса лечения: быстрый уреазный тест + гистологический метод + ПЦР для выявления *H.pylori* в кале.

Подробнее - см. Клинические рекомендации «Язвенная болезнь» [61].

- Всем пациентам, перенесшим ушивание или иссечение ПЯ с целью профилактики рецидива заболевания, рекомендуется диспансерное наблюдение у участкового врача-терапевта, врача общей практики или врача-гастроэнтеролога по месту жительства; курсы комплексного противорецидивного лечения по поводу ЯБ. После резекции желудка -

комплексное обследование 1 раз в год; обследование на наличие инфекции *H. Pylori*. [10,13,61].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарий: Роль H. pylori в развитии ЯБ и её осложнений пока остается актуальной, поэтому мониторинг этого возбудителя и его эрадикация являются методом комплексной профилактики [61].

6. Организация медицинской помощи

Показания к госпитализации при ПЯ:

Срочная госпитализация при сомнительном диагнозе (подозрение на перфоративную язву по клиническим и анамнестическим данным) с дополнительным инструментальным исследованием в стационаре.

При подтверждённой перфорации полого органа по данным инструментальных методов диагностики (свободный газ в брюшной полости) показана срочная операция.

Показания к выписке из стационара при перфоративной язве:

- стабилизация состояния пациента;
- стойкий регресс признаков системной воспалительной реакции (тахикардия, тахипноэ, нормализация температуры тела и улучшение показателей крови);
- улучшение жизненной функции всех органов;
- положительная динамика функционального состояния ЖКТ (восстановление моторики, естественное питание);
- купирование явлений перитонита;
- отсутствие гнойно-септических и внутрибрюшных осложнений.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	УДД	УУР
Диагностический этап			
1	Выполнен осмотр врачом-хирургом при поступлении в приёмное отделение	1	А
2	Выполнен общий анализ крови развернутый, анализ крови биохимический с определением уровня амилазы, коагулограмма	3	С
3	Выполнен общий анализ мочи	3	С
4	Выполнена рентгенография грудной клетки и брюшной полости	2	В
5	Выполнено УЗИ органов брюшной полости	2	В
6	Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (при не информативности других диагностических методов и при наличии технической возможности)	2	В
Этап лечения			
7	Введение антибактериальных препаратов выполнено вместе с инфузионной терапией до начала операции (при отсутствии	2	В

	медицинских противопоказаний)		
8	Проведено хирургическое лечение в течение 2 часов от момента постановки диагноза	1	A
9	Выполнено микробиологическое исследование перитонеальной жидкости с определением чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам	1	A
10	Назначено антибактериальное лечение до получения результатов микробиологического исследования (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
11	Проведена (при необходимости) корректировка антибактериального лечения, в зависимости от полученного микробиологического исследования, данных обследования и осмотра (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
12	Проведена в/в антисекреторная терапия (при отсутствии медицинских противопоказаний)	2	B
13	Выполнено УЗИ или КТ (при наличии) брюшной полости при подозрении на осложнения в послеоперационном периоде	2	B

Список литературы

1. Ермолов А.С., Смоляр А.Н., Шляховский И.А., Храменков М.Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости в Москве. Хирургия №5, 2014, с. 7-16.
2. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet. 2017; 390:613–24.
3. Крылов Н., Винничук Д. Перфоративная язва: патоморфоз, коллизии и тренды. - Врач. - №1, 2012, с. 15-20.
4. Курбанов Ф.С., Балогланов Д.А., Сушко А.Н., Асадов С. А. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративных язв двенадцатиперстной кишки. Хирургия №3, 2011.с 44-48.
5. Soreide K, Thorsen K, Harrison EM, Bingener J, Miller MH, Ohene-Yeboah M, Shreide JA. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015; 386:1288–98.
6. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Тимербулатов М.В. Экстренная абдоминальная хирургия в регионе Российской Федерации: анализ за 40 лет. Вестник хирургии им. И.И.Грекова №6, 2014, с.89-92
7. Ревитшвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А. Шелина Н.В., Миронова Н.Л. Хирургическая помощь в Российской Федерации. – М., 2019, 136 с. ISBN 978-5-6043874-0-5.
8. Неотложная абдоминальная хирургия. Методическое руководство для практикующего врача. / Под редакцией акад. РАН Затевакина И.И., акад. РАН Кириенко А.И., член-корр. РАН Сажина А.В. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. - 488с.: ил. ISBN 978-5-6040008-5-4.
9. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2007.-№1-с.50-55
10. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. - М., Издательство «Триада-Х», 2005.- 640.
11. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. // Хирургия №3, 2003.с 34-47.
12. Diagnosis and treatment of perforated or bleeding peptic ulcers: 2013 WSES position paper.-34 p.
13. Афендулов С. А. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью / С. А. Афендулов, Г. Ю. Журавлев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008 –336 с.
14. Soreide K, Thorsen K, Soreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. Br J Surg. 2014; 101: с 51–64.

15. Tarasconi et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery* (2020) 15:3.
16. Мандор Г. Неотложная диагностика. Живот. Медгиз, 1939. Том 1; 2е издание, 400 С.
17. Bertleff M.J., Lange J.F. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg.* 2010;27: 161–9.
18. Furukawa A., Sakoda M., Yamasaki M., Kono N., Tanaka T., Nitta Net al. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause. *Abdom Imaging* 2005; 30: 524–534
19. Yeung K.W., Chang M.S., Hsiao C.P., Huang J.F. CT evaluation of gastrointestinal tract perforation. *ClinImaging* 2004; 28: 329–333.
20. Malhotra A.K., Fabian T.C., Katsis S.B., Gavant M.L., Croce M.A. Blunt Bowel and Mesenteric Injuries: The Role of Screening Computed Tomography. *J Trauma.* 2000; 48:991–1000.]
21. Kuzmich S., Harvey C.J., Fascia D.T.M., Kuzmich T., Neriman D., BasitR., Tan K.L. Perforated Pyloroduodenal Peptic Ulcer and Sonography. *American Journal of Roentgenology* November 2012, Volume 199, Number 5, 587-594.
22. Лемешко З. А. Ультразвуковая диагностика заболеваний желудка: рук. для врачей / З. А. Лемешко, З. М. Османова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 80 с.
23. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные вопросы современной гастроэнтерологии. - М.: МЕДпресс, 2013.- 224 с.
24. Применение УЗИ в диагностике и послеоперационном мониторинге пилорoduodenальной зоны при прободной язве / Ю. Т. Цуканов [и др.] // Вестн. хирург. гастроэнтерологии. – 2012. – № 1. – С. 27–32.
25. Yoshizumi T., Ikeda T. Ohta S. et al. Abdominal ultrasonography reveals the perforation site of duodenal ulcers. In Process Citation. *SurgEndosc* 2001; 15: 7: 758.
26. Lau JY, Lo SY, Ng EK, Lee DW, Lam YH, Chung SC. A randomized comparison of acute phase response and endotoxemia in patients with perforated peptic ulcers receiving laparoscopic or open patch repair. *Am J Surg.* 1998;175(4):325–7.
27. Siu W.T., Leong H.T., Law B.K., Chau C.H., Li A.C., Fung K.H., et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg.* 2002; 235(3):313–9.
28. Khatri K.M., Sajid S., Baig K., Sayegh M., Singh K. Laparoscopic versus open perforated peptic ulcer suture repair: an updated meta-analysis. *Surg Endosc.* 2011. 25: 54–148.

29. Antoniou S.A., Antoniou G.A., Koch O.O., Pointner R., Granderath F.A. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. 2013. *JSLs* 17:15–22
30. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. Guideline. *Gastrointest. Endosc.* 2010 Apr;71(4):663-8.
31. Shan Y.S., Hsu H.P., Hsieh Y.H., Sy E.D., Lee J.C., Lin P.W. Significance of intraoperative peritoneal culture of fungus in perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2003;90:1215–9..
32. Songne B., Jean F., Foulatier O., Khalil H., Scottè M.: **Non operative** treatment for perforated peptic ulcer: result of a prospective study. *Ann Chir* 2004, 129(10):578–582
33. Hanumanthappa M.B., Gopinathan S., Guruprasad Rai D., Neil Dsouza A Non-operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer: A Prospective Study with 50 Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.* 696 ch. 2012 May (Suppl-2), Vol-6(4): 696-699.
34. Buck D.L., Vester-Andersen M., Moller M.H. Danish Clinical Register of Emergency S. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2013; 100:1045–9.
35. Ross J.T., Matthay M.A., Harris H.W. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ.* 2018;361: k1407.
36. Singer M., Deutschman C.S., Seymour C.W., Shankar-Hari M., Annane D., Bauer M, Bellomo R, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith CM, Hotchkiss RS, Levy MM, Marshall JC, Martin GS, Opal SM, Rubenfeld GD, van der Poll T, Vincent JL, Angus DC. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016; 315:801–10.
37. Sartelli M, Kluger Y, Ansaloni L, Hardcastle TC, Rello J, Watkins RR, Bassetti M, Giamarellou E, Coccolini F, Abu-Zidan FM, Adesunkanmi AK, Augustin G, Baiocchi GL, Bala M, Baraket O, Beltran MA, Jusoh AC, Demetrashevili Z, DeSimone B, de Souza HP, Cui Y, Davies RJ, Dhingra S, Diaz JJ, Di Saverio S, Dogjani A, Elmangory MM, Enani MA, Ferrada P, Fraga GP, Frattima S, Ghannam W, Gomes CA, Kanj SS, Karamarkovic A, Kenig J, Khamis F, Khokha V, Koike K, KYY K, Isik A, Labricciosa FM, Latifi R, Lee JG, Litvin A, Machain GM, Manzano-Nunez R, Major P, Marwah S, McFarlane M, Memish ZA, Mesina C, Moore EE, Moore FA, Naidoo N, Negoï I, Ofori-Asenso R, Olaoye I, Ordonez CA, Ouadii M, Paolillo C, Picetti E, Pintar T, Ponce-de-Leon A, Pupelis G, Reis T, Sakakushev B, Kafil HS, Sato N, Shah JN, Siribumrungwong B, Talving P, Trana C, Ulrych J, Yuan KC, Catena F. Raising concerns about the Sepsis-3 definitions. *World J Emerg Surg.* 2018; 13:6.

38. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, Friedrich ME, Iwashyna TJ, Phillips GS, Lemeshow S, Osborn T, Terry KM, Levy MM. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *N Engl J Med*. 2017; 376:2235–44.
39. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. *Lancet*. 2018;392:75–87.
40. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, Levy MM, Antonelli M, Ferrer R, Kumar A, Sevransky JE, Sprung CL, Nunnally ME, Rochwerf B, Rubenfeld GD, Angus DC, Annane D, Beale RJ, Bellinhan GJ, Bernard GR, Chiche JD, Coopersmith C, De Backer DP, French CJ, Fujishima S, Gerlach H, Hidalgo JL, Hollenberg SM, Jones AE, Karnad DR, Kleinpell RM, Koh Y, Lisboa TC, Machado FR, Marini JJ, Marshall JC, Mazuski JE, LA MI, AS ML, Mehta S, Moreno RP, Myburgh J, Navalesi P, Nishida O, Osborn TM, Perner A, Plunkett CM, Ranieri M, Schorr CA, Seckel MA, Seymour CW, Shieh L, Shukri KA, Simpson SQ, Singer M, Thompson BT, Townsend SR, Van der Poll T, Vincent JL, Wiersinga WJ, Zimmerman JL, Dellinger RP. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit Care Med*. 2017;45: 486–552.
41. Horn CB, Coleoglou Centeno AA, Rasane RK, Aldana JA, Fiore NB, Zhang Q, Torres M, Mazuski JE, Ilahi ON, Punch LJ, Bochicchio GV. Pre-Operative Anti-Fungal Therapy Does Not Improve Outcomes in Perforated Peptic Ulcers. *Surg Infect (Larchmt)*. 2018 Aug/Sep;19(6):587-592. doi: 10.1089/sur.2018.058.
42. Prakash A, Sharma D, Saxena A, Somashekar U, Khare N, Mishra A, Anvikar A. Effect of Candida infection on outcome in patients with perforation peritonitis. *Indian J Gastroenterol*. 2008;27: 107–9.
43. Zedan AS, Lolah MA, Badr ML, Ammar MS Laparoscopic versus open repair of perforated duodenal peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Menoufia Med J*. 2015; 28: 62–68.
44. Ge B, Wu M, Chen Q, Chen Q, Lin R, Liu L, et al. A prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers. *Surgery*. 2016;159(2):451–8.
45. Чернооков А. И., Наумов Б. А., Яковченко А.В., Сильчук Е. С., Плагин О.Г. Тактика хирургического лечения больных с сочетанными осложнениями язв двенадцатиперстной кишки в экстренной хирургии. *Анналы хирургии* №2, 2010, 13-16.
46. Wang Q, Ge B, Huang Q. [A prospective randomized controlled trial of laparoscopic repair versus open repair for perforated peptic ulcers]. *Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi*. 2017 Mar 25;20(3):300-303.

47. Abd Ellatif ME, Salama AF, Elezaby AF, El-Kaffas HF, Hassan A, Magdy A, Abdallah E, El-Morsy G. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: patch versus simple closure. *Int J Surg*. 2013; 11:948–51.
48. Lin BC, Liao CH, Wang SY, Hwang TL. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: simple closure versus omentopexy. *J Surg Res*. 2017; 220:341–5.
49. Varcus F, Beuran M, Lica I, Turculet C, Cotarlet AV, Georgescu S, Vintila D, Sabau D, Sabau A, Ciuce C, Bintintan V, Georgescu E, Popescu R, Tarta C, Surlin V. Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer: A Retrospective Study. *World J Surg*. 2017; 41:948–53.
50. Ates M, Sevil S, Bakircioglu E, Colak C. Laparoscopic repair of peptic ulcer perforation without omental patch versus conventional open repair. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2007; 17:615–9.
51. Gupta S, Kaushik R, Sharma R, Attri A. The management of large perforations of duodenal ulcers. *BMC Surg*. 2005; 5:15.
52. Siow SL, Mahendran HA. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcers: the sutured omental patch and focused sequential lavage technique. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2014; 24:134–9.
53. Kumar P, Khan HM, Hasanrabba S. Treatment of perforated giant gastric ulcer in an emergency setting. *World J Gastrointest Surg*. 2014; 6:5–8.
54. Tanphiphat, C., Tanprayoon, T., & Na Thalang, A. Surgical treatment of perforated duodenal ulcer: A prospective trial between simple closure and definitive surgery. *British Journal of Surgery*, 1985; 72(5): 370–372.
55. Christiansen J, Andersen OB, Bonnesen T, Baekgaard N. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy. *Br J Surg*. 1987; 74(4):286–287.
56. Boey J, Branicki FJ, Alagaratnam TT, et al. Proximal gastric vagotomy. The preferred operation for perforations in acute duodenal ulcer. *Ann Surg*. 1988; 208(2):169–174.
57. Hay JM, Lacaine F, Kohlmann G, Fingerhut A. Immediate definitive surgery for perforated duodenal ulcer does not increase operative mortality: a prospective controlled trial. *World J Surg*. 1988; 12: 705–709.
58. Fernández Dovale M, Docobo Durántez F, Lozano Crivell M, Del Alamo Juzgado C, Fernández Martín M. Vagotomy of the oxyntic cells associated with simple closing as surgical treatment of perforated duodenal ulcer. A comparative study with simple closing alone. *Rev Esp Enferm Apar Dig*. 1989. Dec; 76(6 Pt 1):529–34.

59. Gutiérrez De La Peña C., Márquez R., Fakih F., Domínguez-Adame E., Medina J. Simple closure or vagotomy and pyloroplasty for the treatment of a perforated duodenal ulcer: Comparison of results. *Digestive Surgery*. 2000; 17(3): 225–228.
60. Ng E.K., Lam Y.H., Sung J.J., et al. Eradication of *Helicobacter pylori* prevents recurrence of ulcer after simple closure of duodenal ulcer perforation: randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2000; 231:153-158.
61. Клинические рекомендации. «Язвенная болезнь»
<http://cr.rosminzdrav.ru/#!/schema/794>
62. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4(4):CD003840. Published 2016 Apr 19. doi: 10.1002/14651858.CD003840.pub5
63. El-Nakeeb A, Fikry A, Abd El-Hamed TM, et al. Effect of *Helicobacter pylori* eradication on ulcer recurrence after simple closure of perforated duodenal ulcer. *Int J Surg*. 2009; 7: 126-129.
64. Valooran GJ, Kate V, Jagdish S, Basu D. Sequential therapy versus standard triple drug therapy for eradication of *Helicobacter pylori* in patients with perforated duodenal ulcer following simple closure. *Scand J Gastroenterol*. 2011; 46: 1045-1050.
65. Das R, Sureshkumar S, Sreenath GS, Kate V. Sequential versus concomitant therapy for eradication of *Helicobacter Pylori* in patients with perforated duodenal ulcer: A randomized trial. *Saudi J Gastroenterol*. 2016; 22: 309–315.
66. Wong CS, Chia CF, Lee HC, Wei PL, Ma HP, Tsai SH, Wu CH, Tam KW. Eradication of *Helicobacter pylori* for prevention of ulcer recurrence after simple closure of perforated peptic ulcer: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Surg Res*. 2013;182: 219–226.
67. Tomtitchong P, Siribumrungwong B, Vilaichone RK, Kasetsuwan P, Matsukura N, Chaiyakunapruk N. Systematic review and meta-analysis: *helicobacter pylori* eradication therapy after simple closure of perforated duodenal ulcer. *Helicobacter*. 2012; 17(2): 148–152.
68. Di Saverio S, Segalini E, Birindelli A, Todero S, Podda M, Rizzuto A, Tugnoli G, Biondi A. Pancreas-sparing, ampulla-preserving duodenectomy for major duodenal (D1-D2) perforations. *Br J Surg*. 2018;105:1487–92.
69. Ansaloni L, Ceresoli M, Fugazzola P, Tomasoni M, Palamara F, Sartelli M, Catena F, Montori G, Raimondo S, Coccolini F. An innovative duodenal perforation surgical repair technique: the BIOPATCH technique. *Journal of Peritoneum (and other serosal surfaces)* 2018.

70. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Радикальные оперативные вмешательства в лечении больных с перфоративными гастродуоденальными язвами. Хирургия №3, 2009, с.10-16.
71. Leusink A., Markar S.R., Wiggins T., Mackenzie H., Faiz O., Hanna G.B. Laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer: an English national population-based cohort study. *Surg Endosc.* 2018 Sep;32(9):3783-3788. doi: 10.1007/s00464-018-6058-7.
72. Bertleff MJ, Halm JA, Bemelman WA, van der Ham AC, van der Harst E, Oei HI, Smulders JF, Steyerberg EW, Lange JF. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open repair of the perforated peptic ulcer: the LAMA Trial. *World J Surg.* 2009 Jul;33(7):1368-73. doi: 10.1007/s00268-009-0054-y.
73. Møller MH, Adamsen S, Wøjdemann M, Møller AM. Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? *Scand J Gastroenterol.* 2009;44(1):15-22. doi: 10.1080/00365520802307997.
74. Alhaj Saleh A, Esquivel EC, Lung JT, Eaton BC, Bruns BR, Barmparas G, Margulies DR, Raines A, Bryant C, Crane CE, Scherer EP, Schroepfel TJ, Moskowitz E, Regner J, Frazee R, Champion EM, Bartley M, Mortus J, Ward J, Almekdash MH, Dissanaik S. Laparoscopic omental patch for perforated peptic ulcer disease reduces length of stay and complications, compared to open surgery: A SWSC multicenter study. *Am J Surg.* 2019 Dec;218(6):1060-1064. doi: 10.1016/j.amjsurg.2019.09.002.
75. Tan S, Wu G, Zhuang Q, Xi Q, Meng Q, et al. Laparoscopic versus open repair for perforated peptic ulcer: A meta analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Surgery.* 2016. 33: 124-132.
76. Cirocchi R, Soreide K, Di Saverio S, Rossi E, Arezzo A, Zago M, Abraha I, Vettoretto N, Chiarugi M. Meta-analysis of perioperative outcomes of acute laparoscopic versus open repair of perforated gastroduodenal ulcers. *J Trauma Acute Care Surg.* 2018; 85: 417–425.
77. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer disease has better outcomes than open repair. *J Gastrointest Surg.* 2019; 23:618–625.
78. Boey J., Choi K.Y., Alagaratnam T.T., Poon A: Risk Stratification in Perforated Duodenal Ulcers. A Prospective Validation of Predictive Factors. *AnnSurg* 1986, 205:22-6.
79. Arici C. et al. Analysis of risk factors predicting (affecting) mortality and morbidity of peptic ulcer perforations. *IntSurg* 2007; 92: 3: 147—154.
80. Li C.H. et al. Predictive model for length of hospital stay of patients surviving surgery for perforated peptic ulcer. *FormosMed Assoc* 2009; 108: 8: 644—652.

81. Morten Hylander Myller Sven AdamsenReimarWernich Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Journal of Gastrointestinal Surgery* August 2010, Vol. 45, No. 7-8, p. 785-805.
82. Soreide K, Thorsen K, Soreide JA. Predicting outcomes in patients with perforated gastroduodenal ulcers: artificial neural network modelling indicates a highly complex disease. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2015; 41:91–8.
83. Thorsen K, Soreide JA, Soreide K. What is the best predictor of mortality in perforated peptic ulcer disease? A population-based, multivariable regression analysis including three clinical scoring systems. *J Gastrointes Surg*. 2014; 18:1261–8.
84. Kirkpatrick AW, Coccolini F, Ansaloni L, Roberts DJ, Tolonen M, McKee JL, Leppaniemi A, Faris P, Doig CJ, Catena F, Fabian T, Jenne CN, Chiara O, Kubes P, Manns B, Kluger Y, Fraga GP, Pereira BM, Diaz JJ, Sugrue M, MooreEE, Ren J, Ball CG, Coimbra R, Balogh ZJ, Abu-Zidan FM, Dixon E, Biffl W, MacLean A, Ball I, Drover J, McBeth PB, Posadas-Calleja JG, Parry NG, DiSaverio S, Ordonez CA, Xiao J, Sartelli M. Closed Or Open after Source Control Laparotomy for Severe Complicated Intra-Abdominal Sepsis (theCOOL trial): study protocol for a randomized controlled trial. *World J Emerg Surg* 2018;13.
85. Tolonen M, Coccolini F, Ansaloni L, Sartelli M, Roberts DJ, JL MK, Leppaniemi A, Doig CJ, Catena F, Fabian T, Jenne CN, Chiara O, Kubes P, Kluger Y, Fraga GP, Pereira BM, Diaz JJ, Sugrue M, Moore EE, Ren J, Ball CG, Coimbra R, Dixon E, Biffl W, MacLean A, PB MB, Posadas-Calleja JG, Di Saverio S, Xiao J, Kirkpatrick AW. From the Closed Or Open after Laparotomy for Source Control in Severe Complicated Intra-Abdominal Sepsis I. Getting the invite list right: a discussion of sepsis severity scoring systems in severe complicated intra-abdominal sepsis and randomized trial inclusion criteria. *World J Emerg Surg*. 2018; 13:17.
86. Mohsina S, Shanmugam D, Sureshkumar S, Kundra P, Mahalakshmy T, Kate V. Adapted ERAS Pathway vs. Standard Care in Patients with Perforated Duodenal Ulcer-a Randomized Controlled Trial. *J Gastrointest Surg*. 2018 Jan;22(1):107-116. doi: 10.1007/s11605-017-3474-2.
87. Coccolini F, Montori G, Ceresoli M, Catena F, Moore EE, Ivatury R, Biffl W, Peitzman A, Coimbra R, Rizoli S, Kluger Y, Abu-Zidan FM, Sartelli M, De MoyaM, Velmahos G, Fraga GP, Pereira BM, Leppaniemi A, Boermeester MA, Kirkpatrick AW, Maier R, Bala M, Sakakushev B, Khokha V, Malbrain M, Agnoletti V, Martin-Loeches I, Sugrue M, Di Saverio S, Griffiths E, Soreide K, Mazuski JE, May AK, Montravers P, Melotti RM, Pisano M, Salvetti F, MarchesiG, Valetti TM, Scalea T, Chiara O, Kashuk JL, Ansaloni L. The role of open abdomen in non-trauma patient: WSES Consensus Paper. *World J EmergSurg*. 2017;12:39.

88. Ugarte-Sierra B, Landaluce-Olavarria A, Cabrera-Serna I, Viñas-Trullen X, Brugiotti C, Ramírez-Rodríguez JM, Arroyo A. Enhanced Recovery After Emergency Surgery: Utopia or Reality? *Cir Esp*. 2020 Jun 9; S0009-739X (20)30154-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2020.04.017.
89. Joshi MA, Gadhire M, Paranjpe AA. Treatment of duodenal peptic ulcer perforation by endoscopic clips: A novel approach. *J Dig Endosc*. 2017; 8:24.
90. Bolliger M, Kroehnert JA, Molineus F, Kandoler D, Schindl M, Riss P. Experiences with the standardized classification of surgical complications (Clavien-Dindo) in general surgery patients. *Eur Surg*. 2018;50(6):256-261. doi: 10.1007/s10353-018-0551-z.
91. Katsinelos P, Beltsis A, Paroutoglou G, Galanis I, Tsolkas P, Mimidis K, Pilpilidis I, Baltagiannis S, Kamberis E, Papaziogas B. Endoclipping for Gastric Perforation After Endoscopic Polypectomy: An Alternative Treatment to Avoid Surgery. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2004:279–81.
92. Malkov I.S., Zaynutdinov A.M., Veliyev N.A., Tagirov M.R., Merrell R.C. Laparoscopic and endoscopic management of perforated duodenal ulcers. *J Am Coll Surg*. 2004; 198:352–5.
93. Bergstrom M, Arroyo Vazquez JA, Park PO. Self-expandable metal stents as a new treatment option for perforated duodenal ulcer. *Endoscopy*. 2013; 45:222–5.

Состав Рабочей группы

Председатель:

Коцюрба А.М. – заместитель главного врача по хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница», заведующий хирургическим отделением государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»; врач-хирург высшей категории.

Члены:

Бутеску Д.А. – врач-хирург государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»;

Добровенко Т.М. – заведующая отделением гнойно-септической хирургии государственного учреждения «Республиканская клиническая больница»; врач-хирург высшей категории;

Райляну Р.И. - к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»;

Фомов Г.В. – к.м.н., доцент, заведующий кафедры хирургии с циклом онкологии медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»;

Эвальд А.М. – врач-хирург государственного учреждения «Республиканская клиническая больница».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел Ботезату А.А. - д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней медицинского факультета государственного образовательного учреждения «Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к
применению и противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного
препарата**

Настоящие клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативных правовых актов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1) в текущей редакции;
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22).

Схемы лекарственного лечения прободной язвы

(** жизненно необходимые и важные лекарственные препараты - ЖНВЛП)

№ п/п	Название МНН	Доза	Кратность	Способ введения	Продолжительность лечения	Прим.	УД Д
Наркотические анальгетики							
1	**Морфина гидрохлорид	1%-1 мл	Каждые 6 ч.	1 сутки в/м	1-2 дня	Обезболивание	В
2	**Тримеперидин	2% - 1 мл	Каждые 4-6 ч.	в/м	1-2 дня	Обезболивание	В
Опиоидный наркотический анальгетик							
3	**Трамадола гидрохлорид	100 мг – 2 мл	2-3 раза	в/м	в течение 2-3 дней	Обезболивание	А
Антибактериальные препараты (рекомендуемые схемы)							
4	**Ампициллин	В/м по 0,25–0,5 г каждые 6–8 ч	4–6 раз в сутки	в/в, в/м	до 2–3 нед и более	Полусинтетический пенициллин широкого спектра	А
5	**Амоксициллин	Суточная доза до 6 г	2-3 раза в сутки	в/м, в/в	5-10 дней	Полусинтетический пенициллин широкого спектра	А
6	**Цефуроксим	по 0,5–2 г	2-3 раза в сутки	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 2 поколения	А
7	**Цефтриаксон	Суточная доза 1–2 г.	1-2 раза	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3 поколения	А
8	**Цефотаксим	До 4 г в сутки	3-4 раза	в/м, в/в	7-14 дней	Цефалоспорины 3 поколения	А
9	**Цефоперазон	Суточная доза до 4 г	2 раза в сутки	в/м, в/в	7-10 дней	Для стартовой терапии	А
10	**Цефепим	До 2 г в сутки	2-3 раза	в/м, в/в	7–10 дней и более	Для стартовой терапии	А
11	**Гентамицин	Максимальная суточная — 5 мг/кг	2-3 раза	в/в, в/м	7-8 дней	Аминогликозиды	В
12	**Амикацин	10–15 мг/кг.	2-3 раза	в/в, в/м	7–10 дней.	Аминогликозиды	А
13	**Ципрофлоксацин	250мг-500мг	2 раза	внутри, в/в	7-10 дней	Фторхинолоны	В
14	**Левифлокс	250–500 мг	в/в	7-10		Фторхинол	А

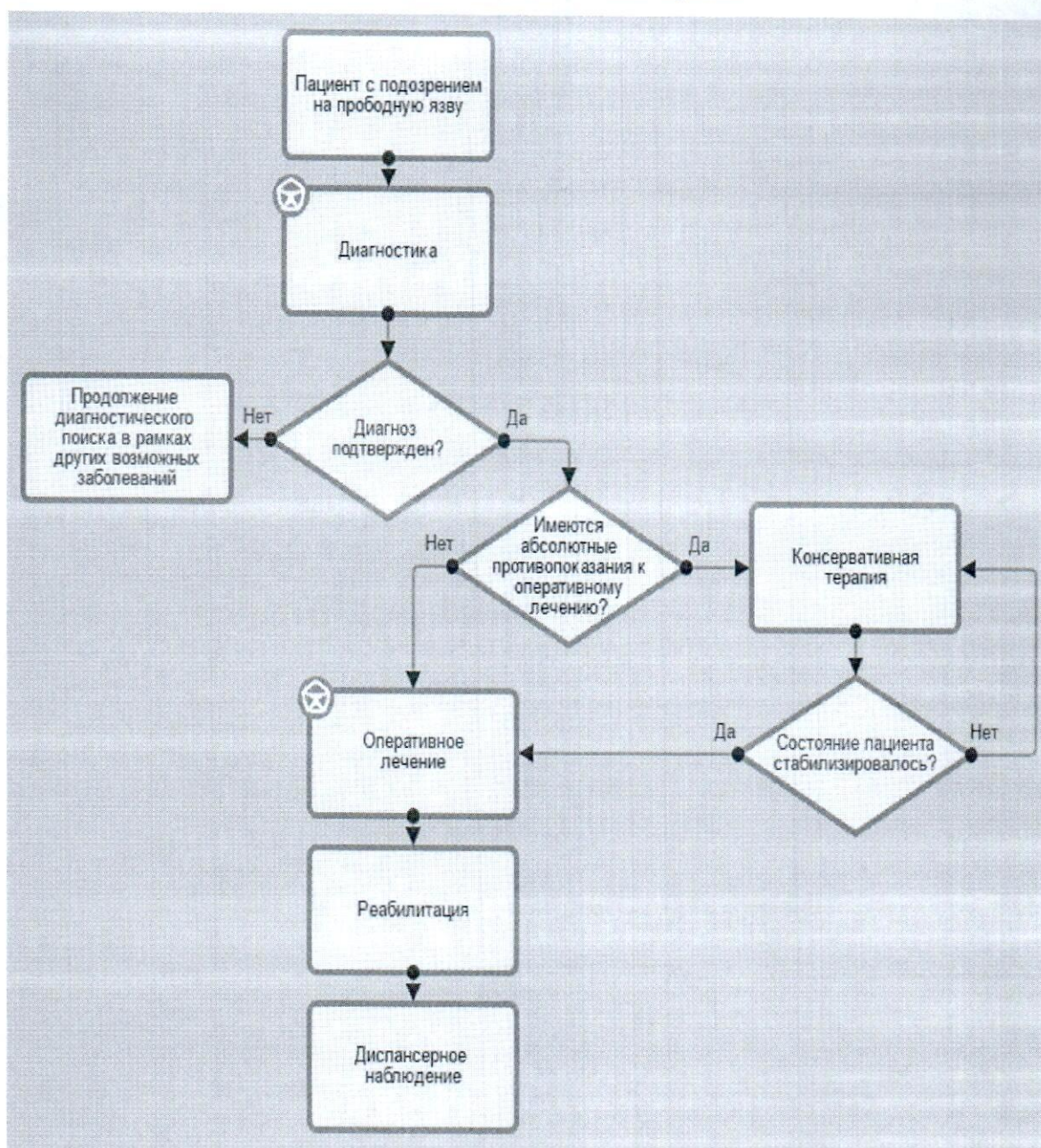
	цин	1 час	капельно	дней		оны	
15	**Моксифлок сацин	400 мг	1 раз в сутки	в/в 1 час		Фторхинол оны 4 поколения	А
16	Азтреонам	0,5-1,0 г	До 8,0 г/сут; при синегнойно й инфекции - до 12,0 г/сут;	в/в, капельн о	7-10 дней	Азтреонам	
17	**Меропенем	500 мг -1 г	каждые 8 часов	в/в, капельн о	7-10 дней	Карбапене мы	А
18	**Имипенем	0,5-1,0 г, не более 4,0 г/сут	1 раз в сутки	в/в, капельн о	7-10 дней	Карбапене мы	А
19	**Эртапенем	1г	1 раз в сутки	в/в, капельн о	3-14 дней	Карбапене мы	
20	Дорипенем	500 мг/сут	каждые 8 часов	в/в, капельн о	7-10 дней	Карбапене мы	А
21	**Азитромиц ин	по 500 мг/сут	1 раз в сутки	внутрь	3 дня	Азалиды	А
22	**Кларитром ицин	по 250–500 мг/сут	2 раза в сутки	внутрь	10 дней	Макролид ы	А
23	**Тигециклин	100 мг - первое введение	По 50 мг через 12 часов	в/в	7 дней	Глицилцик лин	В
24	**Ванкомици н	по 0,5 г	2- 4 раза	в/в	7-10 дней	Гликопепт иды	В
25	**Метронида зол	разовая доза 500 мг,	каждые 8 часов	в/в, непре- рывно	7-10 дней	Нитроимид азолы	В
26	**Флуконазол	2 мг/мл – 100мл	1 раз в сутки	в/в - 60 мин	однократн о	Противогр ибковое средство	А
27	**Каспофунг ин	В 1-й день до 70 мг, во 2-й - 50 мг в сутки	1 раз в сутки	в/в - 60 мин	Продолжи тельность зависит от эффекта	Противогр ибковое средство группы	А
28	Микафунгин	50мг	1 раз в сутки	в/в - 60 мин	7-14 дней	Противогр ибковое средство	А
Антисекреторные препараты (ИПП, применяются для снижения желудочной секреции – лечения язв и профилактики стресс-язв, назначается один из нижеследующих препаратов)							
29	**Пантопрозо л	40 – 80 мг/сут	1-2 раза	внутрь, в/в	2-4 недели	Антисекрет орный препарат	А

30	Рабепразол	20-40 мг/сут	1 раз в сутки	внутрь, в/в	2-4 недели	Антисекреторный препарат	А
31	**Эзомепразол	20-40 мг/сут	1-2 раза	внутрь, в/в	2-4 недели	Антисекреторный препарат	А
32	Лансопразол	30 – 60 мг/сут	1-2 раза	внутрь, в/в	2-4 недели	Антисекреторный препарат	А
33	**Фамотидин	по 20 - 40 мг 2 раза в сутки	1 раз в сутки на ночь	внутрь, в/в	4–8 недели	Антисекреторный препарат	А
Антикоагулянты прямого действия (применяются для лечения и профилактики и лечения коагулопатий при перитоните)							
34	**Гепарин натрия	начальная доза - 5000 МЕ, поддерживающая -до 2000 МЕ/ч	каждые 4-6 часов непрерывная	в/в	7-10 дней	Антикоагулянт прямого действия (для профилактики тромбозов)	А
35	Надропарин	0,3 мл	1 раз в сутки	в/в, п/к	7 дней	Антикоагулянт прямого действия	А
36	**Эноксапарин	20 мг	1 раз в сутки	п/к	7 дней	Антикоагулянт прямого действия	А
Антиагрегант (применяется для улучшения микроциркуляции при перитоните)							
37	**Пентоксифиллин	600 мг/сут	2–3 раза	внутрь,	2–3 недели	Антиагрегант,	В
Ингибитор протеолиза (применяется в комплексном лечении перитонита, коагулопатии)							
38	Апротинин	вспомогательное лечение — в дозе 200000 ЕД, после чего по 100000 ЕД	4 раза в день с интервалом в 6 часов	в/в медленно	До нормализации лабораторных показателей анализов крови	Ингибитор протеолиза - для профилактики послеоперационного панкреатита	В
		начальная доза 300000 ЕД, последующие — 140000 ЕД	каждые 4 ч	в/в медленно		Ингибитор протеолиза - при кровотечениях	В
Диуретик (применяется для стимуляции диуреза)							
39	**Фуросемид	20- 80	1-2 раза в	в/в	по	Петлевой	А

		мг/сут	сутки	капельн о	состоянию больного	диуретик	
Спазмолитик миотропного действия							
40	**Аминофиллин	по 0,12-0,24г (5-10 мл 2,4% раствора)	1-3 раза в сутки по показаниям	в/в капельн о -4-6 мин	по мере купирования спазма	Спазмолитик миотропного действия	В
Средства для стимуляции кишечного тракта при парезе							
41	**Неостигмина метилсульфат	10–15 мг в сутки, максимальная разовая доза — 15 мг, максимальная суточная — 50 мг.	2–3 раза в день	внутри, в/м, в/в	длительность лечения индивидуальна	Антихолинэстеразное средство, для профилактики и лечения атонии кишечника	В
42	**Метоклопрамид	внутри — по 5–10 мг 3 раза в сутки; в/м, в/в — 10 мг; максимальная разовая доза — 20 мг, максимальная суточная — 60 мг (для всех путей введения).	3 раза в сутки до еды	внутри, в/м, в/в	по показаниям	Прокинетики, противорвотное средство	В
43	Сорбилакт	150–300 мл (2,5–5 мл/кг массы тела)	однократно	в/в капельн о	повторные инфузии через 12 ч в первые 2–3 сут. после операции	Регулятор водно-электролитного баланса и КЩС	С
Растворы для инфузий							
44	**Натрия хлорид	0,9% - 400мл	1-2 раза	в/в капельн о	по показаниям	Растворы для инфузий, регуляторы водно-электролитного баланса и КЩС	А

45	**Натрия хлорида раствор сложный (Калия хлорид, Кальция хлорид, Натрия хлорид)	500 мл	1-2 раза	в/в капельн о	по показаниям	Растворы для инфузий, регуляторы водно-электроитного баланса и КЩС	А
46	**Декстроза	5%, 10% - 400 мл, 500 мл; раствор 40% в ампуле 5мл, 10 мл	1 раз	в/в капельн о	по показаниям	Раствор для инфузий, при гипогликемии, гиповолемии, интоксикации, дегидратации	А
47	Аминоплазма ль	10% (5%) раствор — до 20 (40) мл/кг/сут	1 раз	в/в капельн о	по показаниям	Средство для парентерального питания	В
48	**Гидроксиптилкрахмал (ГЭК) 6%, 10% - 400мл	250 – 500 мл/сут	1-2 раза	в/в, капельн о	по показаниям	Плазмозамещающее средство	В
Препараты крови							
49	Эритроцитная взвесь лейкофильтрованная, 350 мл	по показаниям	1-2 раза	в/в капельн о	по показаниям	Компонент крови	А

Алгоритмы действий врача



Информация для пациента

Прободение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки – это тяжёлое осложнение язвенной болезни. Это осложнение может развиваться и при диагностированной ранее язве, и в случаях, когда пациент не знает, что у него уже имеется язва в желудке или в двенадцатиперстной кишке.

Начало болезни, как правило, острое и начинается с сильной боли в животе. Где бы не находился пациент, ему необходимо предложить прилечь до приезда скорой помощи.

Как правило, исход лечения после операции при прободной язве благоприятный. Однако пациент должен знать, что даже при зажившей язве, язвенная болезнь не исчезает. Пациент должен знать, что язвенная болезнь - это хроническое заболевание, поэтому лечение после операции необходимо продолжить. План лечения должен выработать участковый врач, врач общей практики или врач-гастроэнтеролог. Поэтому после выписки из стационара первый визит должен быть сделан к участковому врачу.

В течение первых 3-х лет после операции, для предотвращения обострений язвенной болезни, пациенту нужно проводить клиническую и инструментальную диагностику не менее 1 раза в год.

Пациент должен знать, что при появлении внезапной боли в животе, нужно обратиться за помощью к окружающим или вызвать скорую помощь самостоятельно.

**Шкалы оценки, опросники и так далее, приведенные в тексте
клинических рекомендаций**

Шкала Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA) [82,83]

Класс I	здоровый пациент
Класс II	легкое системное заболевание, отсутствие функциональных ограничений
Класс III	системное заболевание средней степени тяжести, значительные функциональные ограничения
Класс IV	тяжелое системное заболевание, постоянная угроза жизни
Класс V	критическое состояние, вероятность выживания в течение 24 часов мала как при проведении операции, так и без нее.

**Шкала SOFA (The Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) Score) [36-39,
82,83]**

6 параметров, баллы – 0-24.

Параметры:

- PaO₂/FIO₂
- Количество тромбоцитов
- Билирубин сыворотки
- Артериальное давление
- Оценка тяжести комы по Глазго
- Креатинин сыворотки или диурез

Баллы по критериям:

Отношение PaO₂ к FIO₂:	
400 мм рт. ст.	0
300 - 399 мм рт. ст.	1
200 - 299 мм рт. ст.	2
100 - 199 мм рт. ст.	3
< 100 мм рт. ст.	4
Количество тромбоцитов:	
150000/мл	0
100000/мл - 149999/мл	1
50000/мл - 99999/мл	2
20000/мл - 49999/мл	3
< 20000/мл	4
Билирубин сыворотки:	
< 20 мкмоль/л	0
20 - 32 мкмоль/л	1

33 - 101 мкмоль/л	2
102 - 204 мкмоль/л	3
> 204 мкмоль/л	4
Среднее артериальное давление: 70 мм рт. ст.	0
< 70 мм рт. ст. без использования вазопрессоров	1
Использование любой дозы добутамина	2
Допамин 5 мкг/кг в минуту	2
Допамин 5 - 15 мкг/кг в минуту	3
Допамин > 15 мкг/кг в минуту	4
Адреналин 0.1 мкг/кг в минуту	3
Адреналин > 0.1 мкг/кг в минуту	4
Норадреналин 0.1 мкг/кг в минуту	3
Норадреналин > 0.1 мкг/кг в минуту	4
Оценка тяжести комы по Глазго: 15	0
13 - 14	1
10 - 12	2
6 - 9	3
3 - 5	4
Креатинин сыворотки или диурез: Креатинин сыворотки < 100 мкмоль/л	0
Креатинин сыворотки 100 - 170 мкмоль/л	1
Креатинин сыворотки 171 - 299 мкмоль/л	2
Креатинин сыворотки 300 - 400 мкмоль/л	3
Суточный диурез 200 - 499 мл	3
Креатинин сыворотки > 440 мкмоль/л	4
Суточный диурез < 200 мл	4

Пояснения:

- РаО₂ в мм рт. ст. FIO₂ в % от 0.21 до 1.00;
- Адренергические средства применялись хотя бы 1 час. Дозировка – в мкг/кг в минуту;

- 0 – наиболее оптимальный параметр;
- 4 – наиболее аномальный параметр.

Информация должна собираться и оцениваться 1 раз в сутки в течение всего времени нахождения пациента в отделении интенсивной терапии.

Прогностическая шкала J.Воеу [78]

Состоит из 3 факторов:

- гемодинамическая нестабильность при поступлении (систолическое АД менее 100 мм.рт. ст.) - 1 балл;
- поздняя госпитализации (свыше 24 ч) - 1 балл;
- наличие серьезных сопутствующих заболеваний (ASA более ≥ 3) - 1 балл.

При отсутствии всех факторов риска, послеоперационная летальность составляет 1,5% (OR = 2,4), при наличии 1 фактора – 14,4% (OR = 3,5), при наличии 2 факторов - 32,1% (OR = 7,7). Когда присутствуют все три фактора смертность повышается до 100% ($P < 001$, Пирсона χ^2 тест).

Тяжесть состояния в зависимости от выраженности системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции [36-39]

	APACHE II	SAPS	MODS	SOFA
Отсутствие сепсиса	< 10	0 – 4	< 8	< 8
Сепсис	10 – 15	5 – 8	9 – 12	9 – 12
Тяжелый сепсис	16 – 25	9 – 12	13 – 16	13 – 16
Септический шок	> 26	> 13	> 17	> 17

**Дифференциальная диагностика прободной язвы от других острых
абдоминальных заболеваний**

Симптомы	«Кинжальная» боль в животе	Ноги «поджаты» к себе	«Доскообразный живот»	При пальпации и боль по всему животу	Симптомы раздражения брюшины по всему животу	Газ в брюшной полости
Нозология						
Прободная язва	+	+	+	+	+	+
Острый аппендицит	-	-	-	- локально	- локально	-
Острый холецистит	-	-	- локально	-	- локально	-
Острый панкреатит	+ опоясыва ющая	-	- вздут	+	-	-
Острая кишечная непроходимость	-	-	-	+	-	-