

Соблюдение протокола Уральского Федерального округа оказания неотложной хирургической помощи больным с осложненной желчнокаменной болезнью в ЛПУ МО Свердловской области

Ушаков А.А. – очный аспирант кафедры хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург
Чернядьев С.А. – д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА Росздрава, г. Екатеринбург

The observance of the Ural Federal district treatment protocol for the acute care for the patients with complicated cholelithiasis in Sverdlovsk region hospitals

Ushakov A.A., Chernyadyev S.A.

Резюме

Нами изучено 82 истории болезни пациентов, отобранные «слепым» методом, оперированных в ЛПУ МО Свердловской области (Первоуральск, Ревда, Богданович, Ачит, Шаля, Верхняя Пышма, Красноуральск, Карпинск, Тавда) по поводу механической желтухи (обусловленной ЖКБ) за период с 01.05.2008 по 31.12.2009. В результате анализа выявлено несоблюдение «рекомендуемого протокола оказания неотложной хирургической помощи населению при остром холецистите» в УрФО под общей редакцией профессора М.И. Прудкова (утвержден на хирургическом совете УрФО «13» октября 2006г.) при выполнении необходимых лабораторных и инструментальных исследований, сроков предоперационной подготовки и полноты оперативных вмешательств, адекватного ведения больных в послеоперационном периоде. В 75% случаев отсутствуют гистологические исследования операционного материала, в более чем 90% - бактериологические исследования отделяемого из брюшной полости (при наличии местного или распространенного перитонита) и желчи для идентификации микрофлоры и определения чувствительности к антибактериальным препаратам. Имеет место неправильная и/или неполная формулировка диагноза при госпитализации пациента в стационар, что влечет за собой тактические ошибки в выполнении лечебного алгоритма.
Ключевые слова: ЖКБ. Холедохолитиаз. Холангит. Механическая желтуха

Summary

We analysed 82 random case reports of the patients, who were operated on in Sverdlovsk region hospitals (Pervouralsk, Revda, Bogdanovich, Aчит, Schalya, Verkhnyaya Pishma, Krasnouralsk, Karpinsk, Tavda) for the jaundice (due to cholelithiasis) from 01.05.2008 to 31.12.2009. By this analysis was found an inobservance of "the recommended in Ural Federal district protocol for acute surgical care for the patients with acute cholecystitis" (edited by Professor Prudkov M.I., approved by the decision of the surgical council of the Ural Federal district, 13 October 2006) in aspects of number of required laboratory and instrumental procedures, the time and adequacy of the preoperative preparation and operative protocols, postoperative treatment. In 75% of all cases there was no appearance of histological studies, in more than 90% - no bacteriological studies of exudate from abdominal cavity (in cases of localized or generalized peritonitis) and bile for the microflora identification and antibiotic sensitivity determination. Occurred incorrect or/and incomplete diagnose during hospitalisation, which lead to tactical mistakes in realization of the treatment algorithm.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, cholangitis, obstructive jaundice

Введение

Не смотря на значительные успехи современной медицины в диагностике и лечении желчнокаменной болезни и её осложнений, острый гнойный холангит, на сегодняшний день, остается актуальной проблемой неотложной хирургической гепатологии. Это обусловлено высокой послеоперационной летальностью при сочетании механической желтухи и острого гнойного холангита, которая составляет, по данным многочисленных исследований, от 4,7% до 88,0% [1, 2, 3, 4, 5, 6], а так же высокой частотой послеоперационных осложнений, по данным различных авторов составляют от 8,3% до 43% [1, 2, 3, 5]. Результаты лечения зависят от времени диагностического периода, предоперационной подготовки больных и адекватной декомпрессии желчевыводящих путей [8].

Ответственный за ведение переписки -
Чернядьев С.А.,

620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, 3.

Телефон: (343) 371 34 90

Факс: (343) 371 64 00

E-mail: ustma@ustma.ru

Доля пациентов пожилого и старческого возраста (старше 60 лет), среди общего числа пациентов с острым холангитом, достигает 84% [2]. Летальность в этой возрастной группе составляет 50-75% [7], что в свою очередь, вероятно, связано с поздним обращением больных за медицинской помощью, исходно тяжелым состоянием пациентов на момент госпитализации в стационар и наличием хронических сопутствующих заболеваний, увеличением времени диагностического периода, неправильной оценкой данных обследования, приводящих к затягиванию сроков оперативных вмешательств.

Выписка из рекомендуемого протокола оказания неотложной хирургической помощи больным с острым холециститом в УрФО (2006, 2009г).

Минимум диагностических исследований при госпитализации больного с желчнокаменной болезнью:

- Лабораторная диагностика: общий анализ крови, сахар крови, билирубин и креатинин крови, амиллаза, АСТ, АЛТ (при наличии желтухи), определение группы крови и резус-фактора, кровь на RW, ВСК, ПТИ, осадок мочи.

- Специальные исследования: ЭКГ, рентгенография легких, УЗИ (КТ и МРТ), ФГДС (при наличии желтухи).

... С момента поступления больного в приемное отделение первоочередной задачей является экспресс диагностика перитонита, обтурационных и гнойных форм острого холецистита. При поступлении должен быть сформулирован развернутый диагноз с указанием основной нозологической единицы, формы воспаления и всех выявленных на этот момент осложнений... Серьезное влияние на выбор хирургической тактики оказывают экстрапузырные изменения в органах гепатопанкреатобилиарной зоны и системные дисфункции. Они так же должны быть отражены в диагнозе.

Материалы и методы

Отобраны 82 больных с осложненной желчнокаменной болезнью (хроническим/деструктивным холециститом, холедохолитиазом, обтурационным холангитом, механической желтухой) оперированных в ЛПУ МО Свердловской области за период 01.05.2008 по 31.12.2009гг. Среди госпитализированных пациентов мужчин было – 24, женщин – 58. Распределение пациентов по возрастным категориям представлено в таблице №1.

Из приведенной выше таблицы видно, что подавляющее большинство пациентов было пожилого и старче-

ского возраста. Средний возраст пациентов составил 67,7 лет.

В период до 24 часов от момента заболевания поступило 12,1% пациентов, позднее 72 часов – 68,4%. Средний срок пребывания в стационаре составил 20,4 койко-дня.

Механическая желтуха явилась дебютом желчнокаменной болезни у 57 (69,5%) пациентов. Различные виды операций по поводу желчнокаменной болезни и её осложнений, в анамнезе, перенесли – 12 больных (14,6%), в том числе операций на внепеченочных желчных протоках – 3 пациента.

Сопутствующие заболевания диагностированы у 50,9% больных. Болезни сердечно-сосудистой системы выявлены у 69 пациентов, дыхательной системы в – 19 клинических случаях, мочевыделительной у – 12, сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта имели место у 21 пациента, болезни обмена диагностированы у 18 больных.

В удовлетворительном состоянии поступило 20,7% госпитализированных, в состоянии средней тяжести – 47,5%, тяжелом – 31,7%. 3 пациента (3,7%) в связи с тяжестью состояния были госпитализированы в РАО из приемного отделения, но при этом шок в диагнозе вынесен не был.

Перечень выполненных клинико-лабораторных тестов не позволяет объективно оценить тяжесть состояния пациентов по общепринятым шкалам (SOFA, APACHE II, SAPS, Екатеринбург – 2000).

Результаты и обсуждение

Мы пересмотрели оценку тяжести состояния пациентов с учетом объективного статуса, клинико-лабораторных исследований и получили следующие результаты:

- Средней тяжести – 50 (60,98%);
- Тяжелое – 32 (39,02%).

Имеет место недооценка тяжести состояния госпитализированных больных.

Нами произведена ретроспективная оценка состояния больных с учетом стадий системного воспаления (по данным Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины – ACC/SCCM (1992г)), принимая во внимание то, что инфекция локализуется во внепеченочных желчных протоках. Данные представлены в таблице №2.

Таблица 1. Распределение пациентов по возрастным категориям

Возрастные группы	Мужчины		Женщины	
	60-74	75-90	60-74	75-90
Зрелый 1,2		6		9
Пожилой	60-74	10	56-74	27
Старческий	75-90	7	75-90	20
Долгожители	> 90	1	> 90	2

Таблица 2. (по данным Американского колледжа пульмонологов и Общества специалистов критической медицины – ACC/SCCM (1992г))

Патологический процесс	Количество пациентов
Без ССБП(SIRS)	39
ССБП(SIRS)	31
Сепсис	12
Тяжелый сепсис	-
Септический шок	-

Таблица 3. Сроки оперативных пособий у пациентов с доброкачественной желтухой и ССВР/Сепсис

Сроки выполнения операции от момента поступления	Количество пациентов, абс	%
От 2 до 6 часов	3	6,9
До 24 часов	11	25,6
Более 24 часов	29	67,4

Таблица 4. Перечень выполненных оперативных пособий

Оперативное пособие	Число пациентов	%
Холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу	63	76,8
Холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Вишневскому	2	2,4
Холецистэктомия, дренаж холедоха по Пиковскому	5	6,09
ХДА	2	2,4
Холецистостомия	10	12,2

На сегодняшний день ни одно лечебное учреждение муниципального подчинения города Екатеринбурга и Свердловской области, занимающееся оказанием круглосуточной помощи неотложным больным с острой абдоминальной патологией, не располагает возможностями КТ, МРТ диагностики. В отдельных стационарах Екатеринбурга, Нижнего Тагила, Новоуральска выполняются РПХГ и ЭРПХГ. Практически все лечебные учреждения области располагают возможностями УЗИ – диагностики в основном только в дневное время.

Сочетание острого холецистита с патологией внепеченочных желчных протоков, по данным УЗИ, выявлено у 38% больных. Расширение внепеченочных желчных протоков, как косвенный ультразвуковой признак терминальной обструкции желчных протоков, выявлен у 79,5% (65 пациентов). Холедохолитиаз удалось диагностировать в 43,9%. В 8,5% наблюдений лоцировать холедох не удалось в связи с метеоризмом (или не описан).

Деструктивные формы холецистита в комбинации с патологией внепеченочных желчных протоков, по данным операционных протоколов, имели место у 38 (46,3%) пациентов (без катарального). Из них флегмонозный холецистит у 27(71%) больных, гангренозный – у 11(28,9%). Для подтверждения наличия сочетания механической желтухи с деструктивными формами холецистита лапароскопия не выполнялась ни в одном случае.

Предоперационная подготовка проводилась 96%. Более чем в 70% в предоперационную подготовку были включены антибактериальные препараты. Рекомендуемая схема эмпирического лечения билиарного сепсиса (Цефалоспорины 3-4 поколения + метронидазол) применялась в 5 случаях [9]. Обращает на себя внимание, что в подавляющем большинстве случаев, более 90% пациентов, не осматриваются анестезиологами в приемном отделении с целью согласования предопераци-

онной подготовки и/или решения вопроса о госпитализации пациента в реанимационное отделение с целью проведения подготовки к оперативному пособию. Больные осматриваются анестезиологами либо непосредственной перед операцией, либо на операционном столе.

Сроки оперативных пособий у пациентов с доброкачественной желтухой и ССВР/Сепсис представлены в таблице №3.

Перечень выполненных оперативных пособий представлен в таблице № 4.

Холецистостомия не может быть операцией выбора при остром гнойном холангите, т.к. не обеспечивает адекватной разгрузки желчевыводящего дерева. Процент выполненных холецистостомий при наличии клиничко-лабораторных данных наличия гнойного холангита равен 70. Дренирования холедоха по Пиковскому и Вишневскому так же не должны выполняться, так как при этом не возможно выполнить адекватную антеградную санацию желчевыводящих протоков в послеоперационном периоде.

ИОХГ с целью диагностики холедохолитиаза применялась более чем в 65% случаев, ФХДС не применялась ни одним клиническим случае.

Более чем в 90% случаев в историях болезни отсутствуют посевы желчи и выпота из брюшной полости, так же нет указаний об этом и в протоколах операций. В 75% наблюдений нет гистологических заключений удаленного операционного материала, без которых невозможно поставить окончательный диагноз и подобрать адекватную антибактериальную терапию по чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Обращает на себя внимание отсутствие ответственности в проведении антибактериальной терапии, а именно в послеоперационном периоде пациент в РАО получает одну схему антибактериальной терапии (например: цефтриасон+метрогил), а при переводе в хирургическое отделение препараты меняются на цефа-

золин (пример).

При наличии ССВР и билиарного сепсиса АБТ терапия по рекомендованной схеме [9] применялась в 42% случаев (ни в одном случае не корректировалась с учетом бактериальных посевов на чувствительность с антибактериальным препаратам (последние выполнялись лишь в 10% наблюдений)).

Выводы

В своей работе мы не проводили анализ осложнений и причин летальных исходов, но эти показатели находятся в прямой зависимости от соблюдения протокола оказания помощи больным желчнокаменной болезнью, осложненной холангитом и механической желтухой. ■

Литература:

1. Ахаладзе, Г. Г. Гнойный холангит: вопросы патофизиологии и лечения. *Consilium-medicum*. – 2003. – Приложение №1. – С. 3 – 8.
2. Вишневецкий, В. А. Острый обтурационный гнойный холангит. В. А. Вишневецкий, А. Д. Джоробеков, П. Ф. Ганжа. *Советская медицина* – 1988. – №2. – С. 52 – 55.
3. Гейнш, А. В. Лечение острого холангита. А. В. Гейнш, Н. А. Тоговидзе, М. С. Атоян. *Анналы хирургической гепатологии* – 2003. – Т. 8. – №1. – С. 107 – 111.
4. Клименко, Г. А. Трансдуоденальная сфинктеропластика и супрадуоденальная холедоходуоденостомия при остром холангите. Г. А. Клименко, Р. Г. Клименко. *Анналы хирургической гепатологии* – 1999. – Т. 4. – №2. – С. 106.
5. Машинский, А. А. Гнойный холангит. А. А. Машинский, А. Н. Лотов, С. С. Харнас, О. С. Шкроб. *Хирургия*. – 2002. – №3. – С. 58. – 65.
6. Рудковской, М. С. Острый гнойный холангит. М. С. Рудковской, А. М. Рудковской. *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – Т. 4. – №2. – С. 128.
7. Ермолов, А. С. Диагностика и лечение обструктивного холангита. А. С. Ермолов, Е. Е. Удовский, С. В. Юрченко, Н. А. Дасаев. *Хирургия* – 1994. – №6. – С. 3 – 5.
8. Гальперин, Э. И. (Диагностика и лечение острого гнойного холангита. XVI международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» 16 – 18 сентября 2009 года г. Екатеринбург.)
9. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии под редакцией Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. – Смоленск: МАКМАХ, 2007. – С. 283.