

БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ УДВОЕНИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. ОСТАВЛЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

Покровский Е.Ж.¹, Гусев А.В.¹, Соловьев А.Ю.¹, Лебедев А.К.², Вахеева Ю.М.¹,
Ефремов А.В.², Юшинов А.А.², Недвига А.А.², Ефремова Я.В.², Лисицов И.И.²,
Ноговицына А.С.², Крюков А.В.², Глыбина И.Б.², Баутин А.Н.², Кравченко Е.В.².

¹ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ» (153000, г. Иваново, проспект Шереметевский, 8), alexandr.s.1990@mail.ru

²ОБУЗ ГКБ 7 г. Иваново (153000, г. Иваново, ул. Воронина, 11)

Проведен анализ случаев рецидива калькулезного холецистита у пациентов, имеющих редкую патологию – удвоение желчного пузыря. В описываемых случаях во время первой операции у пациентов не был обнаружен второй желчный пузырь, в связи с чем они не знали о имеющейся у них аномалии строения желчевыводящей системы и не были предупреждены о возможном рецидиве калькулезного холецистита. В описываемом случае это послужило причиной судебного разбирательства по поводу некачественного оказания первичной медицинской помощи. Причиной разбирательства послужило некорректное информирование пациента медицинским персоналом о причинах возникшего рецидива калькулезного холецистита. Это может быть объяснено отсутствием достаточной информации по удвоению желчного пузыря в медицинской печати и, как следствие, незнанием о данной патологии хирургами. Мерами профилактики данных конфликтных ситуаций могут быть улучшение качества обучения хирургов на циклах повышения квалификации, соблюдение принципов медицинской деонтологии. Следует отметить, что искать гипотетически имеющийся второй невоспаленный желчный пузырь на инфильтрированных тканях во время каждой холецистэктомии нет никакой необходимости, так как это может привести к серьезным осложнениям. Однако в целях безопасности пациента он должен быть информирован о данной редко встречающейся патологии.

Ключевые слова: удвоение желчного пузыря, холецистит, холецистэктомия, ятрогенная, деонтология

PATIENT SAFETY IN A DOUBLING OF GALLBLADDER. ABANDONED GALLBLADDER

Pokrovsky E.Z.¹, Gusev A.V.¹, Solovlev A.Y.¹, Lebedev A.K.², Vakheeva Y.M.¹,
Efremov A.V.², Yushinov A.A.², Nedviga A.A.², Efremova Y.V.², Lisitsov I.I.²,
Nogovitsina A.S.², Kryukov A.V.², Glybina I.B.², Bautin A.N.², Kravchenko E.V.²

¹SBEA HPE Ivanovo State Medical Academy at Ministry of Health of Russian Federation. (153000, g. Ivanovo, pr. Sheremetievsky, 8), alexandr.s.1990@mail.ru

²ОБАХ ССН 7 of Ivanovo city. (153000, g. Ivanovo, ul. Voronina, 11)

The cases of calculous cholecystitis relapse were analyzed among patients, who have an uncommon pathology—a doubling of gallbladder. During first operation of patients in cases, which were described, the second gallbladder was not found thereby they did not know that they have an anomaly in structure of bile-excreting system. In described case it was the reason of the trial about non quality rendering first aid. Cause of the process was non-correct informing of patient by medical staff about reasons of emerged calculous cholecystitis relapse. The prevention of this “conflict” situations could be improvement of quality of surgeon’s education at the circles of advanced training and saving principals of deontology. It should be marked that there is no necessity to search a second gallbladder during every cholecystectomy because it could lead serious complications. However, in order to provide patient safety the patient must be informed about this uncommon pathology.

Keywords: doubling of gallbladder, cholecystitis, cholecystectomy, iatrogenesis, deontology

Операции на желчных путях характеризуются большим разнообразием, которое обусловлено анатомией органов желчевыведения, а также природой развивающихся в них патологических процессов, резко изменяющих взаимоотношения органов билиарной системы [2]. Особую остроту это разнообразие приобретает в случае деструктивных

процессов, когда происходит проникновение в ткани и накопление в них не свойственных им клеточных элементов, жидкостей и (или) химических веществ, что затрудняет процесс дифференцировки тканей и структурных элементов [1, 3, 5].

Удвоение желчного пузыря встречается достаточно редко: 1 на 3000–4000 [4]. В случае развития острого обтурационного холецистита на фоне желчнокаменной болезни (с точки зрения патогенеза заболевания), как правило, воспаляется один желчный пузырь. Второй желчный пузырь при экстренной операции и инфильтрации тканей может быть не найден. Через какое-то время снова развивается приступ острого холецистита, так как конкременты образуются в обоих пузырях. Такая ситуация может привести к недопониманию хирургов и больного, явиться причиной судебных разбирательств.

Цель исследования

Оценить возможности повышения безопасности пациента при удвоении желчного пузыря.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие 6000 пациентов, оперированных по поводу желчнокаменной болезни в хирургических отделениях ОБУЗ ГКБ 7 и ОБУЗ ГКБ 4 г. Иваново за 10 лет (2005–2015 гг.). Соотношение мужчин и женщин — 1:3. Средний возраст составил 63 ± 7 лет. Пациенты были оперированы как в плановом (27,8%), так и в экстренном (72,2%) порядке. Выполнялись как лапароскопическая холецистэктомия (82,1%), так и традиционная холецистэктомия (17,9%) путем лапаротомии в правом подреберье по Федорову. Всем больным проведено пред- и послеоперационное обследование в соответствии со стандартом оказания медицинской помощи (приказ Минздравсоцразвития РФ № 461 от 2 июля 2007 г., приказ Минздравсоцразвития РФ № 332 от 14 мая 2007 г.), включающее: электрокардиографию с расшифровкой; ультразвуковое исследование гепатопанкреатодуоденальной зоны, забрюшинного пространства; фиброэзофагогастродуоденоскопию; рентгенографию легких; рН крови, степень насыщения крови кислородом и углекислым газом; биохимический анализ крови (общий белок, альбумин, глобулиновые фракции, креатинин, билирубин, мочевины, натрий, калий, кальций, гамма-глутамилтрансфераза, С-реактивный белок, амилаза, щелочная фосфатаза, аспарагиновая трансаминаза, аланиновая трансаминаза); фибриноген, определение фибринолитической активности; общий анализ крови с ретикулоцитами; определение среднего содержания и средней концентрации гемоглобина в эритроцитах; определение уровня глюкозы в крови; объем мочи суточный; общий анализ мочи; морфологическое исследование удаленного желчного пузыря; стеркобилин в кале. Интраоперационная холангиография выполнялась при наличии симптомов механической желтухи,

гипербилирубинемии, при расширении внепеченочных желчных путей, невозможности выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии.

Проводился ретроспективный анализ историй болезней и предоставляемой пациентами медицинской документации (амбулаторных карт, выписок из иной медицинской документации). Удвоение желчного пузыря было отмечено в 2 случаях. Один случай закончился судебным разбирательством.

Характеристика собственных материалов

При проведении обследования (как в плановом, так и в экстренном порядке) ни в одном из случаев не было выявлено или заподозрено удвоение желчного пузыря. Тем не менее данная патология имела место. Удвоение желчного пузыря по нашим данным встречается в 0,03% (2 случая). В обоих случаях — мужчины. В первом случае пациент был оперирован в плановом порядке 3 года назад в Грузии по поводу хронического калькулезного холецистита. Была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (установлено по имеющейся у пациента выписке). Каких-либо данных об удвоении желчного пузыря в данном случае не было. Спустя 3 года после первичной операции с приступом острого панкреатита пациент был доставлен в хирургическое отделение ОБУЗ ГКБ 7, где при выполнении ультразвукового исследования был обнаружен желчный пузырь с утолщенной стенкой и конкрементами. Таким образом, на основании представленной документации и данных проведенного исследования больному было объяснено, что имеется редкая патология, а именно удвоение желчного пузыря, и в настоящее время необходимо оперативное лечение — удаление второго желчного пузыря в связи с наличием в нем конкрементов и воспалительного процесса. Пациент адекватно отнесся к представленной информации. Была выполнена лапароскопическая холецистэктомия (вторая). Интраоперационно – в подпеченочном пространстве умеренно выраженный спаечный процесс, обусловленный в том числе рыхлым воспалительным инфильтратом с вовлечением желудка, двенадцатиперстной кишки, большого сальника с инфильтрацией гепатодуоденальной связки. Желчный пузырь небольших размеров, выделен из спаек, отдельно клипированы пузырный проток и пузырная артерия, удален субсерозно с коагуляцией ложа. В зоне гепатодуоденальной связки патологических образований, клипс, указывающих на ранее выполненную холецистэктомию, не выявлено, что, вероятно, связано с воспалительными изменениями тканей в указанной зоне. Послеоперационный период протекал без особенностей.

Во втором случае мужчина поступил в хирургическое отделение ОБУЗ ГКБ 4 с клинической картиной желчнокаменной болезни, острого калькулезного флегмонозного инфильтративного холецистита. После проведенного обследования, в том числе

ультразвукового, при котором выявлены желчнокаменная болезнь, утолщение стенки желчного пузыря, размеры которого 14х6х5 см, были установлены показания к срочной операции. Интраоперационно выявлен рыхлый инфильтрат в зоне желчного пузыря с деструктивными изменениями его стенки. С техническими трудностями выполнена лапароскопическая холецистэктомия. При гистологическом исследовании препарата – острый флегмонозный холецистит. Послеоперационный период протекал без осложнений. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан. Однако через 3 года при обследовании (выполнено ультразвуковое исследование) в другой клинике г. Иваново по поводу рецидивирующего болевого синдрома в правом подреберье был обнаружен желчный пузырь размером 5х4х3 см. При обращении к хирургам данной клиники с вопросом — откуда появился желчный пузырь, если он был удален 3 года назад, был получен ответ, что этого не может быть и, значит, пузырь не был удален при первичной операции. В данной клинике была проведена операция — лапаротомия, холецистэктомия (с техническими трудностями в условиях инфильтрата удален желчный пузырь небольших размеров). Это и явилось поводом к заявлению пациента в прокуратуру о некачественном оказании первичной медицинской помощи 3 года назад и материальной компенсации. При проведении экспертизы (оценка истории болезни, амбулаторной карты, данных ультразвукового исследования, выполненных в разные сроки в разных лечебно-диагностических учреждениях) было достоверно установлено, что у пациента изначально имелось удвоение желчного пузыря. Причем размер желчных пузырей был разным и отличался практически более чем в 2 раза, что подтверждено описанием их размеров при выполнении ультразвуковых исследований, в протоколах двух операций и результатами гистологического исследования в двух клиниках.

На основании двух указанных случаев удвоения желчного пузыря трудно судить о какой-либо закономерности. При этом и в первом и во втором наблюдении, во-первых, удвоение желчного пузыря выявлено не при первичной операции или обследовании и, во-вторых, в обоих случаях повторная операция выполнялась на фоне выраженных воспалительных изменений оставленного (второго) желчного пузыря с наличием конкрементов в нем, т.е. следует подтвердить следующий факт: 1) при желчнокаменной болезни и удвоении желчного пузыря конкременты встречаются в обоих пузырях; 2) при оперативном лечении целесообразно удаление обоих желчных пузырей одновременно, поскольку воспалительные изменения в оставленном желчном пузыре могут прогрессировать и привести к необходимости повторной операции, но в уже более неблагоприятных условиях.

Следует отметить, что в соответствии со стандартом оказания специализированной медицинской помощи больным с желчнокаменной болезнью (приказ Минздравсоцразвития

РФ № 461 от 2 июля 2007 г., приказ Минздравсоцразвития РФ № 332 от 14 мая 2007 г.) выполнение ультразвукового исследования является обязательным, т.е. даже в случае выполнения оперативного лечения в экстренном порядке без предоперационного ультразвукового исследования его необходимо выполнять в послеоперационном периоде (это позволяет обнаружить как возможные послеоперационные жидкостные образования в зоне операции, так и выявить неудаленный желчный пузырь при наличии его удвоения). Мы же в подобных ситуациях все чаще применяем интраоперационное лапароскопически ассистированное ультразвуковое исследование.

Анализируя возможности профилактики неблагоприятных результатов лечения удвоения желчного пузыря, первое, на что следует обратить внимание, – качество диагностики. Пациентам, поступающим в хирургический стационар для планового оперативного лечения желчнокаменной болезни, предварительно выполняется ультразвуковое исследование, позволяющее определить или заподозрить удвоение желчного пузыря, а при необходимости — провести дополнительные уточняющие диагностические методы исследования: компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию. Скрининг при плановом ультразвуковом исследовании также позволяет заподозрить кистозное изменение внепеченочных желчных протоков, аномалии расположения и другие варианты отклонения от типичной картины. Абсолютно другая ситуация в случае экстренной госпитализации с клинической картиной острого деструктивного холецистита с перитонеальной симптоматикой и отсутствием эффекта от консервативного лечения, когда требуется экстренное оперативное лечение. В подобных случаях, на наш взгляд, оптимальным методом диагностики является интраоперационное лапароскопически ассистированное ультразвуковое исследование, диагностическая эффективность которого не уступает мультиспиральной компьютерной томографии. Мы данное исследование выполняем ультразвуковым аппаратом BK Medical Profocus 2210 с использованием датчика Type 8666 RF (5-12 MHz), устанавливаемого через отдельный порт. Также используется линейный датчик Type 8811 RF (5-12 MHz) при лапаротомиях. Интраоперационное использование ультразвукового исследования значительно расширяет возможности диагностики, особенно в условиях воспалительных изменений органов гепатопанкреатодуоденальной области, позволяет одновременно с визуальным осмотром получить информацию о структурном состоянии органов, определиться с анатомическими особенностями, выявить сопутствующую патологию, что снижает риск диагностических ошибок и является мерой профилактики интраоперационных осложнений.

Заключение

Возникшая во втором случае конфликтная ситуация спровоцирована медицинским персоналом. Причина этого — отсутствие достаточной информации по удвоению желчного пузыря в медицинской печати и, как следствие, незнание о данной патологии хирургами. Следствие этого — длительное судебное разбирательство, судебные издержки. Мерой профилактики, по нашему мнению, является улучшение качества обучения хирургов на циклах повышения квалификации, соблюдение принципов медицинской деонтологии.

Необходимо подчеркнуть, что в ходе экстренной операции на инфильтрированных тканях поиск гипотетического невоспаленного второго желчного пузыря может привести к серьезным осложнениям. Искать второй желчный пузырь во время каждой холецистэктомии нет никакой необходимости, но в целях безопасности пациента он должен быть информирован о данной редко встречающейся патологии.

В целях повышения безопасности пациента в подобных ситуациях мы предлагаем: во-первых, при плановом обследовании по поводу желчнокаменной болезни у лиц с любым отклонением от типичной ультразвуковой картины желчнокаменной болезни проводить дополнительные уточняющие методы диагностики (компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию); во-вторых, в случаях экстренной операции, особенно в условиях выраженных воспалительных изменений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, шире применять интраоперационное ультразвуковое исследование, которое можно выполнять как лапароскопически, так и при традиционной лапаротомии; в-третьих, при выявлении желчнокаменной болезни с удвоением желчного пузыря необходимо удаление обоих желчных пузырей одновременно. Диагностическая эффективность интраоперационной ультразвуковой диагностики сопоставима с результатами мультиспиральной компьютерной томографии.

Список литературы

1. Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Разумовский А.Ю., Рачков В.Е. Заболевания печени и желчевыводящих путей в детском возрасте. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.
2. Клёпикова Т. А., Вотякова О. И., Чекалова А. А., Шеманаева Е. В. Вестник ИвГМА, 2014. — № 4. — С. 69–71.
3. Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е. Хирургия желчных путей руководство для врачей. МИА, М., 2007.
4. Сажин В.П., Федоров А.В., Сажин А.В. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010

5. Тальман И.М. Хирургия желчного пузыря и протоков. Государственное издательство медицинской литературы. Ленинград, 1963. — С. 35.
6. Федоров И.В. и др. Эндоскопическая хирургия. ГЭОТАР-Медиа, 2006.

Рецензенты:

Сафронов Б.Г., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии, ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ», г. Иваново;
Абдуллаев Э.Г., д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней ИПО, ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава РФ», г. Иваново.