

## МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**КОРОЛЬКОВ А.Ю., ПОПОВ Д.Н., ТАНЦЕВ А.О., КИТАЕВА М.А.**

СПб ГМУ им. ак. И.П. Павлова, Санкт-Петербург

НИИ хирургии и неотложной медицины, Санкт-Петербург

*dimtry-botanik@yandex.ru*

Актуальность. Пациенты с синдромом механической желтухи, госпитализирующиеся в стационар, требуют верификации причины билиарной обструкции в ближайшие часы от момента поступления. Увеличение времени до постановки диагноза и определения тактики лечения влечёт за собой развитие таких серьезных состояний, как холангит и билиарный сепсис, сопровождающихся высокими показателями летальности. Создание стационарных отделений скорой медицинской помощи (СОСМП) в крупных многопрофильных больницах позволяет в первые часы диагностического поиска иметь всестороннее представление о пациенте, а систематизация и распределение потоков больных способствует выбору оптимальной тактики лечения в кратчайшие сроки.

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с синдромом механической желтухи, госпитализирующихся в многопрофильный стационар.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2017 годы в отделение СОСМП НИИ Хирургии и неотложной медицины СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова было госпитализировано 92 пациента с синдромом механической обструкции билиарного тракта различной этиологии. Маршрутизация больных производилась соответственно разработанным стандартам организации работы СОСМП. Параллельно был проведён ретроспективный анализ 88 историй болезни пациентов, госпитализированных с синдромом механической желтухи в период до введения в эксплуатацию СОСМП с 2013 по 2015 годы. Произведено сравнение следующих показателей: летальность, время до выполнения оперативного вмешательства, послеоперационный койко-день и частота осложнений в послеоперационном периоде.

Результаты. Все пациенты были обследованы в условиях СОСМП. Руководствуясь критериями классификации генерализованных форм инфекции (Sepsis-3), на основании полученных клинико-лабораторных данных все пациенты были разделены на группы: механическая желтуха — 54 (58,7%) человека, острый холангит — 31 (33,7%) и билиарный сепсис — 7 (7,6%). Пациенты с механической желтухой, при отсутствии сопутствующей соматической патологии, находились в условиях «зелёной» зоны (зона ожидания) отделения СОСМП, состояние их расценивалось как удовлетворительное. После проведённого дообследования больные госпитализировались в хирургическое отделение, и оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке. Пациенты с острым холангитом, состояние которых расценивалось как средней тяжести,

после проведения комплексного обследования находились в «жёлтой» зоне (зона динамического наблюдения), где им в течение 6 часов проводилась инфузионно-детоксикационная и антибактериальная терапия. Отсутствие эффекта от проводимого консервативного лечения являлось показанием к операции. Больные с билиарным сепсисом в тяжёлом состоянии наблюдались в условиях «красной» зоны (палата реанимации и интенсивной терапии), где им в течение 2 часов проводилась предоперационная подготовка, стабилизация витальных функций, и затем выполнялось оперативное лечение.

Был проведён сравнительный анализ историй болезни пациентов, госпитализированных в период до введения в эксплуатацию СОСМП, и больных, обследованных и лечение которых проводилось по принципам маршрутизации с использованием возможностей СОСМП. Больные, первоначально госпитализированные и обследованные в СОСМП, достоверно имели меньшее время до выполнения оперативного вмешательства (6,2 часа против 8,5 часов), меньшее число осложнений в послеоперационном периоде (5,4% против 9,1%) и меньший койко-день (7,5 против 10,8); достоверной разницы в летальности не наблюдалось.

Выводы. Отделение СОСМП является оптимальной структурой многопрофильного стационара для осуществления лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с неотложности билиарной патологией, поскольку в нем доступен полный комплекс обследований, которые могут помочь в постановке диагноза.

Использование возможностей СОСМП в маршрутизации пациентов с синдромом билиарной обструкции позволяет в более короткие сроки поставить точный диагноз, и, как следствие, сократить время до необходимого оперативного лечения. А своевременно выполненное в необходимом объёме оперативное пособие позволяет уменьшить койко-день и вероятность развития осложнений в послеоперационном периоде.

## ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

**ЛЕВИТСКИЙ В.Д.<sup>1</sup>, ПЕТРОВ Д.И.<sup>2</sup>, ЛЕБЕДЕВ А.Г.<sup>1</sup>,**

**ЯРЦЕВ П.А.<sup>1,2</sup>, САМСОНОВ В.Т.<sup>1</sup>, РОГАЛЬ М.М.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва

<sup>2</sup> ФГБОУ ДПО РМАПО Минздрава РФ, Москва

*vdlevitsky@yandex.ru*

Материал и методы. За период 2010 по 2017 гг. были оперированы 17 пациентов по поводу обтурационной тонкокишечной непроходимости. Средний возраст пациентов —  $56 \pm 10,8$  лет. 13 женщин и 4 мужчин. Причиной непроходимости явился фитобезоар у 7 пациентов (41,2%), опухоль — 7 больных (41,2%), желчный камень — 3 пациентов (17,6%). У 5 пациентов было выполнено мини-инвазивное устранение кишечной непроходимости (тяжесть состояния больных по шкале SAPS II —  $25,3 \pm 2,4$ ), а у 11 —