

УДК 616

КОМПЕТЕНТНОСТЬ ХИРУРГА В ПЛАНИРОВАНИИ И ВЫПОЛНЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ЛАПАРОТОМИИ

¹Туйбаев З.А., ²Чапыев М.Б.

¹Ошская городская клиническая больница, Ош;

²Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкек, e-mail: myktybek@rambler.ru

Проведен анализ факторов, определяющих развитие осложнений и летальность у 202 и выполнена ретроспективная экспертиза опыта неотложной хирургии при ряде острой хирургической патологии органов брюшной полости.

Ключевые слова: первичная лапаротомия, ретроспективная экспертиза, брюшная полость, перитонит

COMPETENCE SURGEONS IN THE PLANNING AND EXECUTION PRIMARY LAPAROTOMY

¹Tuybaev Z.A., ²Chapuyev M.B.

¹Oshskaya City Clinical Hospital of Osh;

²Natsionalny Surgical Center of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, e-mail: chapuyev75@mail.ru

The analysis of the factors determining the development of complications and mortality in 202 and made a retrospective examination of the experience of emergency surgery in a number of acute surgical pathology of abdominal organs.

Keywords: primary laparotomy, a retrospective examination, the abdomen, peritonitis

Целью данной работы было выполнение ретроспективной экспертизы опыта неотложной хирургии при ряде острой хирургической патологии с изучением факторов, определяющих их результативность. Анализ проведен на основе компетентного подхода.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы факторы, определяющие развитие осложнений и летальности у 202 больных. В 32,2% случаев операция, выполненная по поводу остро го деструктивного процесса в брюшной полости, осложненного гнойным перитонитом была передоверена хирургам, не имеющим опыта хирургической санации брюшной полости при перитоните.

Следует отметить, что у всех больных уже во время первичного хирургического вмешательства были допущены ошибки тактического и технического характера. Установлено, что объективные причины были у 88,6% больных.

Среди ошибок тактического характера преобладают недооценка хирургической ситуации, в част-

ности выполнение излишне паллиативной операции (56%). Удельный вес переоценки хирургической ситуации, в частности выполнение излишне радикальной операции составил 44%.

Развитию послеоперационного перитонита способствовали следующие технические операционные ошибки: недостаточная санация и дренирование брюшной полости имели место, соответственно, в 45,5 и 44,1% наблюдений, недостаточно последовательное применение элементов разгрузочной хирургии в 33,6%, а недостаточный гемостаз – в 11,4% случаев (табл. 1).

Недостаточный уровень клинического мышления и хирургического опыта, включая незнание стандартных приемов имеет место в 55,3% наблюдений, а недооценка либо переоценка степени сложности хирургической ситуации, включая самонадеянность хирурга, имело место в 55% случаев.

В 17,2% случаев незавершенность операции была обусловлена осложнениями во время операции в виде кровотечения, повреждения тканей и органов брюшной полости. В 34,3% случаев хирурги осознавали возможность радикального хирургического вмешательства в виду технических затруднений.

Таблица 1

Характер ошибок при первичной операции (n, %)

Характер ошибок	Абс.	%
Недостаточная декомпрессия ЖКТ	68	33,6
Недостаточный гемостаз	23	11,4
Недостаточная санация брюшной полости	92	45,5
Неадекватное дренирование брюшной полости	89	44,1
Итого:	202	100

Удельный вес неадекватной оценки патологического процесса составляет 50,3%. В 42,6% случаев хирургами во время операции выявлены непредвиденные особенности патологического процесса в брюшной полости в виде остаточных гнойников, спаечных конгломератов с вовлечением различных органов брюшной полости и пр. У 45 (22,3%) больных выявлена сочетанная хирургическая патология.

Заключение

Таким образом, во время первичного хирургического вмешательства были допущены ошибки тактического и технического характера и из них у 88,6% больных были объективные причины. Однако, при этом

Таблица 2

Ориентировочная шкала оценки уровня компетентности хирурга (%)

Уровни и их оценка			%
Стратегия	Тактика	Техника	
Некачественная	Непродумана	Неправильная	0
Малопримемлемая	Плохо продумана	Частично правильная	50
Слабокачественная	Недостаточно продумана	Частично неправильная	75
Примемлемая	Продумана	Правильная	100

Результаты исследования и их обсуждение

Экспертиза историй болезней больных, подвергнутых релапаротомии в разные сроки после первичной лапаротомии, заключается о том, что в 12,2% случаев имела место профессиональная малокомпетентность оперировавшего хирурга в вопросах диагностики и хирургического вмешательства. У 34 (17,4%) больных хирурги выбрали неадекватный доступ при выполнении первичной лапаротомии.

У 33,3% больных имело место не устраненные в предоперационном периоде гемоциркуляторные и метаболические нарушения. Более того, в 17,2% случаев анестезиологическая и реаниматологическая поддержка при выполнении оперативных вмешательств признана неадекватной.

В табл. 2 приведена ориентировочная шкала уровня компетентности хирурга.

Экспертиза историй болезней больных, подвергнутых релапаротомии в разные сроки после первичной лапаротомии отмечают, что у 129 из 202 больных, что составляет 64,3% случаев, диагностика развившихся послеоперационных осложнений была запоздалой. У 39 (19,4%) больных имело место запоздалое решение о необходимости релапаротомии, а в 17,3% случаев хирурги во время операции неадекватно санировали и дренировали брюшную полость.

также имеет место субъективные причины в отношении компетентности хирургов.

По нашим данным, к субъективным причинам, которые, как правило, были обусловлены личностно-психологическими качествами медицинского состава, относятся: установка на авторитетность и предвзятость мнения; повышенное профессиональное самолюбие и тщеславие; избыточная самоуверенность; склонность к чрезмерному оптимизму; установка на нерешительность; излишняя осторожность; склонность к пессимизму; недостаточная квалификация.

Считаем, что одним из важных моментов в решении тактико-технических проблем планирования и выполнения хирургических операций является компетентный подход.

Список литературы

1. Аскерханов Г.Р., Гусейнов А.Г., Загиров У.З., Султанов Ш.А. Программированная релапаротомия при перитоните // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 20–23.
2. Борисов А.Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. – СПб., 2000. – 266 с.
3. Ешиев А.М., Ашимов И.А. Ограничения и перспективы инновационной деятельности в медицине, проблемы формирования инновационно-активных учреждений и коллективов // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2011. – С. 3–5.
4. Keller E., Neher M., Schuster H.P. Relaparotomie, retrospektive analyse und intensivmedizinische aspekte // Langenbecks Arch. Chir. – 1983. – Vol. 360. – P. 167–177.
5. Raki M., Popovi D., Raki M. et al. Comprassin of on-demand vs. planned relaparotomy for treatment of severe intraabdominal infections // Croat. Med. J. – 2005. – Vol. 46. – № 6. – P. 957–963.