

УДК 616

## КОМПЕТЕНТНОСТЬ ХИРУРГОВ В ПЛАНИРОВАНИИ И ВЫПОЛНЕНИИ САНАЦИОННОЙ РЕЛАПАРОТОМИИ

<sup>1</sup>Туйбаев З.А., <sup>2</sup>Чапыев М.Б.

<sup>1</sup>Ошская городская клиническая больница, Ош;

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

Были подвергнуты рейтингованию 23 хирурга, привлеченных к выполнению санационной релапаротомии по методике балльной оценки оптимальности решений (стратегия, тактика, техника).

**Ключевые слова:** санационная релапаротомия, стратегия, тактика, техника, хирург, компетентностный подход

## COMPETENCE SURGEONS IN PLANNING AND EXECUTING REMEDIAL RELAPAROTOMY

<sup>1</sup>Tuybaev Z.A., <sup>2</sup>Chapuyev M.B.

<sup>1</sup>Oshskaya City Clinical Hospital of Osh;

<sup>2</sup>Natsionalny Surgical Center of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, e-mail: myktybek@rambler.ru

They were subjected to ratings to 23 surgeons involved in the implementation of sanation relaparotomy by the method of scoring the optimal solution (strategy, tactics, technique).

**Keywords:** remedial relaparotomy, strategy, tactics, technology, surgeon, competence approach

**Целью** данного исследования явилось определение предметно-специализированной и общей компетентности хирургов методикой балльной оценки оптимальности решений (стратегия, тактика, техника) на основании принципов компетентностного подхода.

### Материалы и методы исследования

Рейтингованию подвергнуты 23 хирурга, привлеченных к выполнению санационной релапаротомии. По этическим соображениям «досье хирургов», подвергнутых экспертному изучению нами принято не разглашать. Мотивацией для выделения указанных выше категорий хирургов послужили данные экспертной оценки > 10 тысяч брюшно-полостных операций и 202 выполненных ими санационной релапаротомии в период 1989–2009 гг. Основным вычисляемым параметром является показатель успеха выполненных ими санационной релапаротомии.

Нами предложена методика балльной оценки (табл. 1) оптимальности решений (стратегия, тактика, техника). Согласно представленной шкалы при 12–15 баллах можно говорить о высокой вероятности правильного решения, соответственно, стратегии ведения больных, предпринятой или предпринимаемой тактики оперативного вмешательства, а также техники операции. Во всех остальных случаях следует говорить о средней и низкой их вероятности.

Нами использован модифицированный индекс индивидуальной оперативной возможности хирурга, предложенный А.В. Шапошниковым (2003). Как известно, по автору индекс определяется формулой:

$$\text{ИИОВХ} = C + K/\text{Э} + \Phi,$$

где С – стаж работы в годах (1–18 баллов); К – общее количество аналогичных операций, самостоятельно выполненных хирургом (2–116 баллов); Э – эмоционально-психический статус (1–5 баллов); Ф – физический статус – состояние здоровья (1–5 баллов).

Полученный индекс показывает вероятность успеха операции и ближайшего послеоперационного периода: 0,3–8,9 – низкая вероятность; 9,0–22,4 – благоприятное течение операции и ближайшего послеоперационного периода; 22,5–72,0 – высокая вероятность общего успеха операции.

На основании принципов компетентностного подхода мы предлагаем разделять предметно-специализированную и общую компетентность. Мы предлагаем следующую формулу определения индекса предметно-специализированной компетентности хирургов, привлекаемых к релапаротомии:

$$\text{ИП} - \text{СКХ} = C + \text{ОО}/\text{ОРЛ} + \text{Л},$$

где С – стаж работы в годах; ОО – опыт брюшно-полостных операций, самостоятельно выполненных хирургом; ОРЛ – опыт релапаротомий; Л – летальность после релапаротомий.

### Результаты исследования и их обсуждение

Более 1/2 части хирургов, привлеченных к санационной релапаротомии имели стаж работы более 10 лет и опыт брюшно-полостных операций более 0,5 тысяч (табл. 2). Более 1/2 части хирургов имели позитивный опыт выполнения релапаротомии, о чем свидетельствует то, что у 7 из них летальность после релапаротомии составляет более 10%.

Таблица 1

Балльная оценка уровня и свойства решений  
в зависимости от информированности хирурга

Уровни и свойства решений		Баллы
Стратегия		
Представления хирурга совпадают с реальной ситуацией		5
Хирург располагает достоверной и исчерпывающей информацией о ситуации		4
Хирург информирован о возможных последствиях решения		3
Хирург не информирован о возможных последствиях решения		2
Хирург не располагает достоверной и исчерпывающей информацией о ситуации		1
Представления хирурга не совпадают с реальной ситуацией		-1
Тактика		
Хирург обладает информацией, состоящей лишь из описания возможных вариантов ситуации		5
Хирург ориентирован о возможных последствиях		4
Хирург знает вероятность каждого из этих вариантов		3
Хирург не знает вероятность каждого из этих вариантов		2
Хирург не ориентирован о возможных последствиях		1
Хирург не обладает информацией, состоящей лишь из описания возможных вариантов ситуации		-1
Техника		
Хирург знает лишь множество возможных альтернатив		5
Хирург знает какой вариант целесообразен		4
Хирург знает с какими априорными вероятностями могут реализовываться имеющиеся альтернативы		3
Хирург не знает с какими априорными вероятностями могут реализовываться имеющиеся альтернативы		2
Хирург не знает какой вариант целесообразен		1
Хирург не знает возможные альтернативы		-1
Оценка		
$\Sigma$	12–15 баллов	Вероятность правильного решения высокая
	9–11 баллов	Вероятность верного решения средняя
	< 8 баллов	Вероятность правильного решения низкая

Таблица 2

Распределение хирургов  
по показателям предметно-специализированной компетентности (*n*, %)

Показатель	Пределы	<i>n</i>	%
С (лет)	< 10 лет	12	52,2
	10–20 лет	3	13,0
	> 20 лет	8	34,8
ОО (тыс.)	< 0,5 тыс.	13	56,5
	1–3 тыс.	5	21,7
	> 3 тыс.	5	21,7
ОРЛ ( <i>n</i> )	< 5	10	43,5
	10–40	11	47,8
	> 40	2	8,7
Л (%)	50–100%	5	21,7
	20–50%	11	47,8
	< 10%	7	30,4

**Таблица 3**

Параметры объективизации предметно-специализированной компетентности хирурга, привлекаемого к релапаротомии

Показатель	Пределы	Баллы
С	< 10 лет	5
	10–20 лет	20
	> 20 лет	35
ОО	< 0,5 тыс.	5
	1–3 тыс.	20
	> 3 тыс.	35
ОРЛ	< 5	5
	10–40	20
	> 40	35
Л	50–100%	5
	20–50%	20
	< 10%	35
<b>Оценка</b>		
Σ	75,6–88,4	Высокая квалификация, т.е. компетентность хирурга достаточная, а вероятность хорошего исхода исполнения релапаротомии высокая
	35,6–75,5	Средняя квалификация, т.е. компетентность хирурга средняя, но вероятность хорошего исхода исполнения релапаротомии удовлетворительная
	5,5–35,6	Слабая квалификация, т.е. компетентность хирурга недостаточная, а вероятность благоприятного исхода релапаротомии низкая

На основании предлагаемой шкалы оценки при сумме баллов, равной > 75 можно говорить о высокой квалификации хирурга, его достаточной профессиональной компетентности, обеспечивающей у больных вероятно хорошего исхода релапаротомии (табл. 3).

Во всех остальных случаях, когда сумма баллов составляет < 75 следует говорить о средней или слабой квалификации хирургов, привлекаемых к релапаротомии, об их соответствующей компетентности, а также о том, что вероятность благоприятного исхода релапаротомии, выполняемых ими низкая либо чрезмерно низкая.

Таким образом, абсолютное большинство (91,4%) хирургов имеют необходимый и высокий опыт производства релапаротомии.

### Заключение

Независимо от квалификации и рейтинга хирурга, оптимальное решение при релапаротомии зависит от информационного состояния хирурга, клинической ситуации, ее сложности и других обстоятельств. Недооценка или переоценка конкретных клинических и хирургических условий имеет решающее значение для оптимизации исхода релапаротомии.

### 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. Ашимов И.А., Чапьев М.Б., Туйбаев З.А. и др. Сравнительные результаты вынужденных и программированных релапаротомий // Медицина и экология. – 2010. – № 1 (54). – С. 60–64.
3. Ашимов И.А., Муратов А.А. Кыргыз Республикасынын хирургия илиминин жана кызматынын жаны стратегиясы (илимий-усулдук колдонмо). – Ош, 2009. – 38 с.
4. Белокуров Ю.Н., Гужков О.Н. Релапаротомия. – Ярославль, 1998. – 222 с.
5. Беляев А.А., Золотов Л.В. Об экстренной релапаротомии // Вестник хирургии, – 2001. – № 4. – С. 20–28.
6. Борисов А.Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. – СПб., 2000. – 266 с.
7. Шапошников А.В. Принятие решения в хирургии. Теоретические и прикладные аспекты. – Ростов/на Д.: Изд-во «Юг», 2003. – 190 с.
8. Holzheimer R.G., Gathof B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – Vol. 8. – № 2. – P. 125–134.
9. Goor H. Complications of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis // Eur. J. Surg. – 1997. – Vol. 27. – № 4. – P. 223–229.
10. Keller E., Neher M., Schuster H.P. Relaparotomie, retrospective analyse und intensivmedizinische aspekte // Langenbecks Arch. Chir. – 1983. – Vol. 360. – P. 167–177.
11. Raki M., Popovi D., Raki M. et al. Compressin of on-demand vs. planned relaparotomy for treatment of severe intraabdominal infections // Croat. Med. J. – 2005. – Vol. 46. – № 6. – P. 957–963.