

Analysis of defects of diagnostic and treatment process at adhesive intestinal obstruction
Sopuev A.¹, Ovcharenko K.², Abdiev A.³, Ibraev D.⁴, Iskakov M.⁵
Анализ дефектов лечебно-диагностического процесса при спаечной кишечной непроходимости

¹Сопуев А. А., Овчаренко К. Е., Абдиев А. Ш., Ибраев Д. Ш., Искаков М. Б.⁵

¹Сопуев Андрей Асанкулович / Sopuev Andrei – доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой госпитальной хирургии;

²Овчаренко Ксения Евгеньевна / Ovcharenko Kseniya – ассистент,
кафедра госпитальной хирургии,
Кыргызская государственная медицинская академия;

³Абдиев Азамат Шакирович / Abdiev Azamat – кандидат медицинских наук,
заведующий кафедрой хирургии,
Ошский государственный медицинский институт, г. Ош;

⁴Ибраев Дастан Шергазиевич / Ibraev Dastan – врач-ординатор,
Национальный хирургический центр;

⁵Искаков Муктарбек Бакбурович / Iskakov Muktarbek – доктор медицинских наук,
заведующий центром клинических навыков,

Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: в статье изложены основные классификации дефектов, имеющих место в лечебно-диагностическом процессе при острой кишечной непроходимости. Градация ошибок представлена по уровню и типам проявления на догоспитальном и госпитальном этапах.

Abstract: the article describes the main classifications of defects occurring in the diagnostic and treatment process at acute intestinal obstruction. Grading error is represented by the level and type of manifestation in the pre-hospital and hospital stages.

Ключевые слова: лечебно-диагностический процесс, спаечная кишечная непроходимость.

Keywords: diagnostic and treatment process, adhesive intestinal obstruction.

Введение

Расширение диапазона и объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости за последние десятилетия способствовало значительному увеличению количества больных спаечной болезнью и ее осложненными формами, в том числе спаечной кишечной непроходимостью. По данным разных авторов, частота ОСКН составляет 50-94,5 % от всех видов механической непроходимости неопухолевого генеза [1, 8, 9, 10]. 39,4-54,1 % больных, поступивших в клинику с диагнозом ОСКН, оперируют в экстренном порядке [3, 7].

Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения внутрибрюшных осложнений является несвоевременная диагностика их и, как следствие, запоздалое повторное вмешательство. По данным В. И. Кулакова (1998), наибольший процент ошибок у больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости был допущен при острой кишечной непроходимости и составлял 22,6 % [4].

В современных условиях в медицине, особенно в хирургии, необходимо ввести управление рисками, то есть проведение полного анализа и предотвращения ошибок, чтобы снизить вероятность того, что нежелательное событие может произойти в будущем и приведет к определенным негативным последствиям. Безопасность пациента, определенная как «отсутствие неблагоприятных событий», в настоящее время представляет важную проблему. У 10 % пациентов регистрируются разнообразные неблагоприятные события, которые почти в 50 % случаев возникают из-за различных медицинских ошибок (предотвратимый неблагоприятный случай).

Изучение дефектов лечения СКН, безусловно, имеет большое значение, поскольку неблагоприятные исходы лечения в виде осложнений и летальных исходов во многом зависят от правильно выбранных тактических и технических решений.

Отсутствие единого подхода к определению и принципам разделения врачебных ошибок породило обилие разнообразных классификаций. Исследования, проводимые в других областях медицины, разделяют неблагоприятные события различными способами, включая местоположение, специальность или по клиническим категориям (сотрудник, диагноз, лечение, препарат и т. д.).

Имеются многочисленные классификации ошибок и дефектов в медицине, и в хирургии в частности. М. В. Черноруцкий (1953, 1963) рассматривает ошибки, исходящие от болезни, исходящие от больного, исходящие от врача и связанные с внешней обстановкой и условиями исследования. А. Г. Караванов и И. В. Данилов (1967) выделяют ошибки в диагностике, в лечении и ошибки организационного характера. Более полной представляется классификация Н. И. Краковского и Ю. Я. Грицмана (1959), согласно которой выделено 6 групп ошибок [6].

Подобных классификаций относительно спаечной кишечной непроходимости нет. Но без знания дефектов будет невозможным разработать комплексные меры профилактики осложнений или неблагоприятных событий в хирургии спаечной кишечной непроходимости.

Целью нашего исследования явилось создание приемлемой для использования структуры для изучения дефектов при лечении спаечной кишечной непроходимости с учетом влияния различных факторов.

Материалы и методы

Для анализа ошибок на этапах и уровнях медицинской помощи нами была использована рабочая схема ошибок по их видам А. А. Сопуева [7], классификация технических и тактических ошибок С. В. Кемерова [3], классификация хирургических ошибок по Н. И. Краковскому и Ю. Я. Грицману [6], Р. А. Григоряна [1] и В. М. Казаряна [2].

Сложности создания любого рода классификации общеизвестны, ибо главный недостаток любых классификационных признаков – их множественность, а также и разноречивость в восприятии. В развитии нашей идеи оказалось возможным использовать элементы предложенных классификаций с опорой на наиболее четкие их элементы. Подход к предотвращению рисков должен включать понимание того, что любые алгоритмы в медицине, в отличие от других сфер профессиональной деятельности, имеют относительное значение в достижении положительного результата. Однако необходимость их создания, на наш взгляд, обусловлена тем, что схематизация или структурирование всех дефектов создает полную многомерную картину ситуации. Это позволяет разработать целенаправленные решения и пути профилактики, для воздействия непосредственно на источник и причину дефекта или ошибки для успешного излечения больных с данной патологией.

Результаты и их обсуждение

С учетом данных, полученных при нашем исследовании и на основании описанных классификаций, нами составлена многофакторная структура дефектов оказания медицинской помощи при спаечной кишечной непроходимости, позволяющая выделить основные виды ошибок, их причины, с целью дальнейшей разработки основных путей их профилактики (табл. 1).

Разбирая уровни структуры, стоит указать на наличие общей части, выделяемой всеми исследователями в классификациях хирургических и медицинских ошибок, и наличие специализированной части, которая, в основном, отражает специфику лечебных и диагностических манипуляций в ведении больных СКН.

Первой ступенью является дифференцирование уровней оказания медицинской помощи (МП) при СКН. В Кыргызстане официально определены три уровня оказания МП – первичный (уровень ФАПов, ЦСМ, ГСВ или поликлиник, территориальных больниц, также служба скорой медицинской помощи), вторичный (включает областные и городские больницы) и третичный (республиканские лечебные учреждения). Первичный уровень в силу особенностей регионального обеспечения входит в догоспитальный этап оказания МП. Вторичный и третичный уровни относятся к госпитальному этапу.

Второй ступенью разработанной структуры выступает «тип проявления», включающий:

1) дефекты диагностики - не распознавание или неправильное распознавание болезни; 2) дефекты лечения - ошибки в назначении и осуществлении лечебных мероприятий: а) лечебно-тактические ошибки: связаны с неправильным выбором тактики и стратегии всех аспектов лечения больного на ближайшую и отдаленную перспективу; неправильные действия медицинского работника при правильном диагнозе; ситуация, когда диагноз был не ясен, и не исключалась возможность острого хирургического заболевания. Сюда относятся: неправильная оценка статуса пациента; поспешная или запоздалая операция; избыточный или недостаточный объем оперативного вмешательства; отказ от операции больного или врача. б) лечебно-технические (нами рассматриваются только на госпитальном этапе) связаны с конкретными манипуляциями врача, медицинского персонала (их исполнением или неисполнением) и влияют на развитие вторичных осложнений СКН, а также утяжеляют ее дальнейшее течение. Это может быть неправильный доступ, малый разрез, интраоперационное повреждение органа, оставление инородного тела в брюшной полости, а также неправильное ведение послеоперационного периода. Технические ошибки интраоперационного периода представляют самую большую группу и имеют прямое отношение к исходу заболевания и результатам лечения; 3) дефекты организации, включая ошибки ведения медицинской документации; 4) информационно-деонтологические дефекты - ошибки поведения медицинского персонала в лечебных учреждениях; несоблюдение стандартов и протоколов лечения.

В настоящее время нет четкого разграничения причин и их истоков, определяющих тот или иной дефект или ошибку. Авторы дают неполное описание, или чаще встречаются более подробные описания конкретной причины, в основном при одном типе проявления.

Таблица 1. Схема дефектов при спаечной кишечной непроходимости

1. По уровню проявления	Первичный	Вторичный	Третичный	
Этап мед. помощи	Догоспитальный	Госпитальный		
Уровень мед. помощи	Доврачебный Врачебный Квалифицированный	1. Квалифицированный 2. Специализированный		
2. По типу проявления	Дефекты диагностики	Дефекты организации	Информационно-деонтологические дефекты	Дефекты лечения: Лечебно-тактические Лечебно-технические
3. По причинам	Объектив/ Субъектив	Объектив/ Субъектив	Субъектив	Объектив/ Субъектив
	Казуальные истоки			

На третьей казуальной ступени схемы нами показаны причины вышеуказанных дефектов. Следует указать, что на догоспитальном этапе истоком причин ошибок считаются недостаточные знания медицинских работников этого уровня клиники принципов диагностики и тактики при острой спаечной кишечной непроходимости. Это обусловлено редким обращением больных на ФАП и отсутствием положений (стандартов), регламентирующих обязательные мероприятия для фельдшеров по обследованию больного при подозрении на СКН. На госпитальном же этапе объективные причины обусловлены отсутствием метода быстрого и непосредственного исследования, неполноценностью сведений о заболевании, а также связаны с недостатками в организации и оборудовании медицинских учреждений.

Среди субъективных причин главными являются невнимательное, поверхностное и торопливое обследование, недостаточная практическая и теоретическая подготовка врача, бессистемность и нелогичность диагностического мышления. Истоками этих причин указывают низкий уровень клинического мышления и невнимательное отношение к больному.

Таким образом, острую спаечную кишечную непроходимость отличают разнообразие клинических проявлений и связанные с этим трудности диагностики, тактические и технические сложности хирургического лечения и профилактики.

Проведен углубленный анализ причин неблагоприятных исходов лечения СКН и критическая оценка сложившейся лечебно-диагностической тактики с целью повышения ее эффективности. Системный объективный анализ ошибок в хирургии спаечной кишечной непроходимости, изучение их причин и поиск способов их предупреждения имеют большое значение для снижения количества осложнений и уровня летальности при осложненной спаечной болезни.

Предложенная дефектологическая структура охватывает широкий круг различных ошибок при СКН, упрощая задачу их систематизации. Структура позволит провести адекватный анализ различных дефектов лечебно-диагностического процесса при СКН, что, по нашему мнению, будет способствовать улучшению его организации путем лучшего распознавания и уменьшения количества ошибок на всех этапах оказания медицинской помощи при спаечной кишечной непроходимости.

Литература

1. Григорян Р. А. Абдоминальная хирургия / Р. А. Григорян. – М.: МИА, 2006. – Т. 2. – 670 с.
2. Казарян В. М. Клиническое, медико-правовое и экспертное исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов в ургентной абдоминальной хирургии и меры их профилактики: автореф. Дисс ... д. м. н.: 14.00.27; 14.00.24 / В. М. Казарян; Моск. Гос. медико-стом. универ. - М., 2008. – 41 с.
3. Кемеров С. В. Ошибки хирургического лечения распространенного гнойного перитонита / С. В. Кемеров // Хирургия. – 2005. - № 9. – С. 50-53.
4. Кулаков В. И. Послеоперационные спайки (этиология, патогенез и профилактика) / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян, О. А. Мынбаев. – М.: Медицина, 1998. - 528 с.
5. Оценка эффективности интраоперационной мазевой профилактики спаечной болезни брюшной полости [Электронный ресурс] / Н. Н. Маматов [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5. - М.: Изд-во «Академия Естественных наук», 2013. - Режим доступа: www.science-education.ru/111-10471, свободный. – Загл. с экрана.
6. Рокицкий М. Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста / М. Р. Рокицкий. — Медицина, 1979. - 184 с.
7. Сопуев А. А. Медико-социальный анализ острой хирургической патологии и неотложной хирургической помощи при острых заболеваниях органов брюшной полости в Кыргызской

- Республике: автореф. дисс ... д. м. н: 14.00.27; 14.00.33 / А. А. Сопуев; Национальный хир. центр МЗ КР. - Бишкек, 2004. - 36 с.
8. Теоретическое обоснование применения многокомпонентной мази левомеколь в профилактике спаечной болезни брюшной полости / Сопуев А. А. [и др.] // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – Москва. - 2011. - № 11 (34). - С. 254-257.
 9. Histologic study of peritoneal adhesions in children and in a rat model / Torre M. [et al.] // *Pediatr Surg Int.* – 2002. - № 18. – P. 673-676.
 10. *Treutner K. H.* Prevention of adhesions. Wish and reality / К. Н. Treutner, V. Schumpelick // *Chirurg.* – 2000. - № 7. – P. 510-517.