



КОНТРОЛЬНЫЙ ПЕРЕЧЕНЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Кудайбергенов Т.К., Патсаев Т.А., Ержанов А.Ж.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, Алматы, Казахстан

Абстракт

В основном направлении безопасной хирургии широко распространена инициатива ВОЗ по внедрению контрольного перечня для безопасности хирургического вмешательства. Использование контрольного перечня на экспериментальных участках позволило увеличить показатели соблюдения этих стандартов с 36% до 68%, в некоторых больницах до 100%, что привело к значительному сокращению числа осложнений и летальных исходов. Предлагаемая инициатива ВОЗ по обеспечению безопасности хирургического вмешательства, которое не требует материалов, финансовых затрат, должна быть широко использована в медицинских учреждениях.

Мы описываем случай лечения пациентки, которая была госпитализирована в гинекологическое отделение в плановом порядке с диагнозом: «Образование в малом тазу, спаечный процесс органов малого таза.» Во время этой операции в брюшной полости было обнаружено инородное инкапсулированное тело с последующим удалением - марлевой ткани. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Ключевые слова: хирургическая безопасность, инородное тело.

Введение

В практической работе хирурга не исключается полностью вероятность оставления в организме больного инструментов, салфеток и других предметов, используемых при выполнении операции. При экстренных операциях вероятность данного осложнения возрастает в несколько раз по сравнению с плановыми вмешательствами. [1] Это можно объяснить тем, что большинство экстренных операций выполняется в вечернее и ночное время, когда концентрация внимания и собранность хирургов снижаются вследствие накопившейся усталости после рабочего дня. Кроме того, во время экстренных операций чаще, чем при плановых, возникают различные неотложные ситуации (кровотечение, падение артериального давления, шок, остановка сердца и др.), требующие от хирурга быстрой ответной реакции [2] Отрицательно сказываются на качестве выполненной операции минимальная укомплектованность дежурной операционной бригады, а также недостаточная оснащенность оборудованием, аппаратурой и инструментарием экстренной операционной.

Инородные тела (*Corpora aliena*) – чужеродные для организма предметы, внедрившиеся в его ткани, органы или полости через поврежденные покровы или через естественные отверстия. Инородными телами являются также введенные в организм с лечебной целью протезы суставов, клапанов сердца, скрепляющие костные отломки спицы, пластины, различные дренажи, тампоны, шовный материал и др. [3]. Оставленные в брюшной полости марлевые тампоны и салфетки в зарубежной литературе описываются как госсипибома (*gossypiboma*), текстилома (*textiloma*) или коттоноид (*cottonoid*). Наиболее часто используемый термин «госсипибома» [4]. Сообщения об инородных телах, оставленных во время операции, немногочисленны, чаще всего публикуются единичные наблюдения [5]. В общей хирургии инородные тела чаще обнаруживают в брюшной

полости [6,7].

Летальность при инородных телах брюшной полости достигает 40%. Среди инородных тел, забытых во время операции, чаще встречаются марлевые салфетки и шарики — 52%, реже — инструменты — 43% наблюдений [8]. Длительность пребывания инородного тела в брюшной полости и характер возникающих осложнений зависят от его локализации, размеров и инфицированности. Традиционным способом лечения таких осложнений является хирургическое вмешательство, которое сводится к вскрытию абсцесса, удалению содержимого и дренированию полости, реже используется лапароскопический доступ.

Актуальность данной проблемы приобретает большую значимость в связи с введением приказа Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29.09.2015 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи».

В доступной отечественной и зарубежной литературе, на наш взгляд, данному вопросу не уделяется должного внимания, нет конкретных рекомендаций по избежанию или снижению риска возникновения подобных осложнений.

Цель: разработать контрольный перечень мер по хирургической безопасности.

Методы исследования

Для выполнения поставленной задачи рассмотрим, в качестве примера, следующее собственное клиническое наблюдение.

Больная 3., 68 лет, госпитализирована в гинекологическое отделение НЦАГиП в плановом порядке жалобами на периодические тянущие боли, дискомфорт внизу живота, частое мочеиспускание. Данные жалобы беспокоят в течение 6 месяцев. Впервые образование культи влагалища обнаружено при ультразвуковом исследовании в июне 2015г. Получала консервативное лечение, без положительного эффекта.

По данным компьютерной томографии органов малого таза и мочевыводящих путей имелись признаки конкремента в правой почке, объемного образования в малом тазу, калькулезного холецистита.

Анализ крови на онкомаркеры: СА-125 - 4,06 МЕ/мл (норма 0-35), РЭА- 2,83 нг/мл, СА 19-9 – 11,4 МЕ/мл, СА 72,4 – 1,36 ЕД/мл.

Консультирована онкогинекологом, заключение: Tumor малого таза. Состояние после надвлагалищной ампутации матки. Рекомендовано оперативное лечение - удаление образования малого таза с экспресс- гистологией.

Консультирована онкоурологом, заключение: Убедительных данных за образование мочевого пузыря не выявлено. Сдавление мочевого пузыря извне.

Ультразвуковое исследование органов малого таза: проецируется культя тела матки с шейкой, с четкими ровными контурами, размеры 3,2 x 2,2 см. Выше культи тела матки проецируется образование размерами 8,8 x 6,8 x 9,6 см, структура гипоехогенная с экзогенным компонентом д – 3,5 см. Отдельно от этого образования яичники спроецировать не удалось. Свободной жидкости в малом тазу не выявлено. Заключение: Объемное образование малого таза (киста яичника?).

Учитывая объемное образование в малом тазу, направлена на оперативное лечение.

Из анамнеза: в 1991г произведена ампутация матки без придатков по поводу миомы матки. В 2005г. - вскрытие и удаление липомы в области спины. Гемотрансфузия в 1991 г. по поводу тяжелой анемии во время операции ампутации матки.

Соматические заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения с 2005г. Артериальная гипертензия 2 степени с 2005г. Сахарный диабет 2 типа с 2005г. Мочекаменная болезнь с 2002г. Киста молочных желез. Наследственность – у матери сахарный диабет. Аллергоанамнез не отягощен.

Менархе с 13 лет, по 6-7 дней, через 28-29 дней, обильные, безболезненные.

Беременностей- 4, 2 родов, 2 аборта.

Statusgenitalis: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

В зеркалах: шейка матки без патологии, выделение светлые.

Pervaginum: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт. В малом тазу определяется образование с нечеткими контурами, размером 10,0 x 10,0 см, ограниченное в подвижности. Своды свободные.

Диагноз: Образование в малом тазу (Tumor ovarii?). Спаечный процесс органов малого таза. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. Сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации. Ожирение 3 степени. Остеохондроз шейно - грудного, поясничного отдела позвоночника. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Мочекаменная болезнь. Хронический калькулезный пиелонефрит, латентное воспаление. Желчекаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит. Планируется операция.

Результаты

Во время операции передняя брюшная стенка вскрыта послойно нижнесрединным разрезом по старому кожному рубцу. Доступ в брюшную полость затруднен, за счет выраженного спаечного процесса на всем протяжении. Спайки рассечены, лигированы. По вскрытии брюшной полости обнаружено: медиальнее правого яичника обнаружено образование размерами 10*12*10 см., туго-эластичной консистенции, спаянное с толстым кишечником, уходящее в Дугласово пространство. Проведена пункция капсулы, получено содержимое густой консистенции зеленовато-желтого цвета, без запаха, в объеме 150 мл, содержимое эвакуировано, отправлено на цитологическое исследование и бактериологический посев. При дальнейшем вскрытии капсулы обнаружена марлевая салфетка серого цвета - удалена. Полость капсулы промыта физиологическим раствором. Капсула иссечена. В основании ложа капсулы оставлены гемостатические губки. Края капсулы ушиты викриловыми лигатурами. Яичники и культя шейки матки без патологии. Оставлен дренаж для контроля гемостаза. Туалет брюшной полости, сухо. При подсчете салфетки, инструменты – все в наличии. Передняя брюшная стенка ушита послойно, наглухо. На кожу наложен отдельные узловые швы. Наложена асептическая повязка. Кровопотеря 100 мл. Моча по постоянному катетеру светлая, 100мл.

Диагноз после операции: Образование в малом тазу -инкапсулированное инородное тело. Спаечный процесс органов малого таза. ИБС. Стенокардия напряжения. Артериальная гипертензия 2 степени, риск 3. ХСН 0. Сахарный диабет 2 типа в стадии субкомпенсации. Ожирение 3 ст. Остеохондроз шейно-грудного, поясничного отдела позвоночника. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Мочекаменная болезнь. Хронический калькулезный пиелонефрит, латентное воспаление. Желчекаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия. Хронический панкреатит.

Послеоперационный период протекал без осложнений, на 10-е сутки пациентка выписана с выздоровлением.

Основопологающим направлением безопасной хирургии может стать широкое распространение инициативы ВОЗ по внедрению контрольного перечня вопросов по безопасности хирургического вмешательства. В контрольном перечне определены три стадии операции, каждая из которых соответствует конкретному периоду нормальной работы: до введения анестезии («Прибытие» или «Регистрация»), до кожного разреза («Тайм-аут») и до покидания пациентом операционной («Выход»). Важно, чтобы на каждой из этих стадий координатор контрольного перечня подтвердил выполнение бригадой хирургов своих задач и только после этого бригада может приступить к следующей стадии операции. Приводим рекомендуемый контрольный перечень мер по обеспечению хирургической безопасности.

По данным ВОЗ, применение контрольного перечня на экспериментальных участках повысило показатели соблюдения этих стандартов с 36% до 68%, а в некоторых больницах до 100%, что привело к значительному сокращению числа осложнений и случаев смерти.

Выводы

Представляется, что применение контрольного перечня мер по хирургической безопасности в первую очередь оправдано в крупных медицинских организациях хирургического профиля с высокой хирургической активностью, со значительным потоком больных,

оказывающих круглосуточную экстренную хирургическую помощь.

В заключение отметим, что предлагаемая инициатива ВОЗ по обеспечению хирургической безопасности, не требующая материальных, финансовых затрат, должна найти широкое применение в медицинских организациях.

Литература:

1. Шейдер Б.Ф., Атдуев В.А. Инородное тело брюшной полости как причина развития fistula gastrocolica // Нижегородский мед. журнал. 1998. № 3. С. 113_114
2. Кузнецов Н.А., Зинякова М.В. Ультразвуковая диагностика инородных тел брюшной полости // Хирургия. 2001. № 10. С. 46_49.
3. Араблинский А.В., Богатырев О.П. К вопросу о диагностике послеоперационных марлевых инородных тел (“текстилом”) // Вестник рентгенологии. 1996. № 5. С. 45–46
4. Rajagopal A, Martin J: Gossypiboma”a surgeon’s legacy”: report of a case and review of the literature. DisColonRectum 2002, 45:119-120
5. В. А. Лазаренко, Н. Н. Григорьев, Е. А. Бобровская и др. Инородное тело тонкой кишки // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2006. - Т. 165, № 6. - С. 53
6. Овчинников В.А., Емельянов Н.В., Королев Б.А. Интраоперационные ятрогенные инородные тела в брюшной полости //Нижегородский мед журн.-2008,№ 6.-С.92-96
7. Шубин Ю.В., Колчеданцев В.П., Стефашин С.Н., Хряков А.С. Миниинвазивное оперативное вмешательство при удалении инородного тела брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. - 2004.-N 3.-С.61-62
8. Черепанин А.И., Нечаенко А.М., Нечипоренко Е.И. Лапароскопическое удаление инородного тела брюшной полости // Хирургия. – 2007. – № 12. – С. 47–48